

DOSSIER N°1 : Une limitation de l'ouverture buccale

Vous voyez à votre consultation Madame E., 30 ans qui consulte pour une limitation d'ouverture buccale.

1. La notion d'une limitation d'ouverture buccale évoluant depuis deux ans mais majorée ces derniers mois avec un antécédent datant de 3 ans de chute avec plaie du menton, et douleurs condyliennes gauches depuis cette époque vous feraient évoquer quel diagnostic en priorité ?

2. Vous ne retrouvez pas cette notion à l'interrogatoire. La limitation d'ouverture buccale évolue depuis dix jours, est à prédominance matinale, est associée à des otalgies gauches et à des douleurs cervicales diffuses en fin de journée. Madame E. passe en ce moment des examens universitaires.

Antécédents

Syndrome dépressif mineur il y a un an traité six mois par antidépresseurs tri cycliques, et traitement orthodontique dans l'enfance pendant deux ans après extraction de deux prémolaires (24 et 34).

Examen clinique

Trismus modéré avec une ouverture buccale douloureuse à 2,5 cm. Craquement palpable et audible au niveau du condyle gauche. Subluxation du condyle gauche à l'ouverture buccale. Articulé dentaire pathologique : classe II, division 1, overjet de 9 mm avec encombrement supérieur. Le reste de l'examen clinique est normal. Quel diagnostic simple évoquez-vous, et pourquoi ?

3. Quels autres symptômes peut-on retrouver dans cette pathologie ?

4. Quels examens paracliniques pratiquez-vous chez madame E. ?

5. Quel est votre traitement symptomatique pour les 48 premières heures ?

6. De quels traitements étiologiques disposez-vous ?

DOSSIER N°1

1. La notion d'une limitation d'ouverture buccale évoluant depuis deux ans mais majorée ces derniers mois avec un antécédent datant de 3 ans de chute avec plaie du menton, et douleurs condyliennes gauches depuis cette époque vous feraient évoquer quel diagnostic en priorité ? (10)

- Constriction permanente des mâchoires2
- Secondaire à une ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire gauche 2
- Complicant une fracture du condyle gauche non traitée2
- Car trismus supérieur à deux mois2
- Contexte traumatique évocateur de fracture du condyle2

2 Vous ne retrouvez pas cette notion à l'interrogatoire. La limitation d'ouverture buccale évolue depuis dix jours, est à prédominance matinale, est associée à des otalgies gauches et à des douleurs cervicales diffuses en fin de journée. madame E passe en ce moment des examens universitaires.

Antécédents : Syndrome dépressif mineur il y a un an traité six mois par antidépresseurs tri cycliques, et traitement orthodontique dans l'enfance pendant deux ans après extraction de deux prémolaires (24 et 34).

Examen clinique : Trismus modéré avec une ouverture buccale douloureuse à 2,5 cm. Craquement palpable et audible au niveau du condyle gauche. Subluxation du condyle gauche à l'ouverture buccale. Articulé dentaire pathologique : classe 11, division 1, overjet de 9 mm avec supérieur. Le reste de l'examen clinique est normal. Quel diagnostic simple évoquez-vous, et pourquoi ? (20)

- Syndrome de Costen ou syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire gauche (autre diagnostic : 0).....2
- Femme jeune anxieuse avec contexte favorisant (examens).....2
- Antécédents de traitement orthodontique avec mauvais résultat2
- Signes cliniques à prédominance matinale.....2
- Examen clinique typique
 - association trismus récent.....2
 - douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire.....2
 - craquements articulaires2
 - ressaut, subluxation.....2
 - favorisé par un trouble de l'articulé dentaire2
 - normalité de l'examen par ailleurs (pas de pathologie systémique, pas de prise médicamenteuse favorisant, pas d'antécédent de fracture condylienne, pas d'infection locale)2

3. Quels autres symptômes peut-on retrouver dans cette pathologie ? (10)

- Algies faciales4
- Vertiges.....2
- Acouphènes.....2
- Troubles visuels.....2

4. Quels examens paracliniques pratiquez-vous chez madame E ? (10)

- Le diagnostic est clinique4
- On peut s'aider d'un orthopantomogramme (permet d'étudier l'ensemble de la mandibule avec les condyles)4
- Et d'une téléradiographie de profil (clichés radiologiques de profil donnant avec précision les rapports entre le squelette et les tissus mous oro-faciaux et permettant une étude céphalométrique précise) 2

NB : Si la gêne persiste malgré un traitement bien suivi on complètera le bilan par un scanner et une IRM centrés sur l'articulation douloureuse.

5. Quel est votre traitement symptomatique pour les 48 premières heures? (25)

- Antalgiques per os :5
- ex: paracétamol seul (ex : DolipraneO), ou avec dextropropoxyphène (ex : Diantalvic@).....2
- *Anti-inflammatoires non stéroïdiens per os :5
- hors contre-indications2
- ex : diclofénacNoltarèneO per os2
- Myorelaxants per os :5
- ex: tétrazépam/Myolastan@2
- Surveillance : consultation à J7.....2

6. De quels traitements étiologiques disposez-vous ? (25)

- Restauration de l'articulé dentaire (meulages dentaires des contacts anormaux, restauration des dents manquantes)10
- Si insuffisant, rééducation sur un plan de surélévation molaire (relâche les muscles masticateurs) 6
- Kinésithérapie oro-faciale.6
- Si anomalie des rapports squelettiques : chirurgie orthognatique associée à un traitement orthodontique.....3

DOSSIER N°1

1. La notion **de** limitation d'ouverture buccale évoluant depuis deux ans mais **nk**lorée ces derniers mois avec un antécédent datant de 3 ans de chute avec plaie du menton, et douleurs condyliennes gauches depuis cette époque vous feraient évoquer quel diagnostic en priorité? (10)

- Constriction permanente des mâchoires2
- Secondaire à une ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire gauche 2
- Complicant une fracture du condyle gauche non traitée2
- Car trismus supérieur à deux mois2
- Contexte traumatique évocateur de fracture du condyle2

2 Vous ne retrouvez pas cette notion à l'interrogatoire. La limitation d'ouverture buccale évolue depuis dix jours, est à prédominance matinale, est associée à des otalgies gauches et à des douleurs cervicales Muscles en fin de journée. Madame E passe en ce moment des examens universitaires.

Antécédents : Syndrome dépressif mineur il y a un an traité six mois par antidépresseurs tricycliques, et traitement orthodontique dans l'enfance pendant deux ans après extraction de deux prémolaires (24 et 34).

Examen clinique : Trismus modéré avec une ouverture buccale douloureuse à 2,5 cm. Craquement palpable et audible au niveau du condyle gauche. Subluxation du condyle gauche à l'ouverture buccale. Articulé dentaire **peu** orthodontique : classe 11, division 1, overjet de 9 mm avec **supérieur**. Le reste de l'examen clinique est normal. Quel diagnostic simple évoquez-vous, et pourquoi ? (20)

- Syndrome de Costen ou syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire gauche (autre diagnostic : 0).....2
- Femme jeune anxieuse avec contexte favorisant (examens).....2
- Antécédents de traitement orthodontique avec mauvais résultat2
- Signes cliniques à prédominance matinale.....2
- Examen clinique typique
 - association trismus récent.....2
 - douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire.....2
 - craquements articulaires2
 - ressaut, subluxation.....2
 - favorisé par un trouble de l'articulé dentaire2
 - normalité de l'examen par ailleurs (pas de pathologie systémique, pas de prise médicamenteuse favorisant, pas d'antécédent de fracture condylienne, pas d'infection locale)2

3. Quels autres symptômes peut-on retrouver dans cette pathologie ? (10)

- Algies faciales4
- Vertiges.....2
- Acouphènes.....2
- Troubles visuels.....2

4. Quels examens paracliniques pratiquez-vous chez Madame E ? (10)

- Le diagnostic est clinique4
- On peut s'aider d'un orthopantomogramme (permet d'étudier l'ensemble de la mandibule avec les condyles)4
- Et d'une téléradiographie de profil (clichés radiologiques de profil donnant avec précision les rapports entre le squelette et les tissus mous oro-faciaux et permettant une étude céphalométrique précise) 2

NB : Si la gêne persiste malgré un traitement bien suivi on complètera le bilan par un scanner et une IRM centrés sur l'articulation douloureuse.

5. Quel est votre traitement symptomatique pour les 48 premières heures? (25)

- Antalgiques per os :5
- ex: paracétamol seul (ex : DolipraneO), ou avec dextropropoxyphène (ex : Diantalvic@).....2
- *Anti-inflammatoires non stéroïdiens per os :5
- hors contre-indications2
- ex : diclofénacNoltarèneO per os2
- Myorelaxants per os :5
- ex: tétrazépam/Myolastan@2
- Surveillance : consultation à J7.....2

6. De quels traitements étiologiques disposez-vous ? (25)

- Restauration de l'articulé dentaire (meulages dentaires des contacts anormaux, restauration des dents manquantes)10
- Si insuffisant, rééducation sur un plan de surélévation molaire (relâche les muscles masticateurs) 6
- Kinésithérapie oro-faciale.6
- Si anomalie des rapports squelettiques : chirurgie orthognatique associée à un traitement orthodontique.....3

DOSSIER N°2: Une tuméfaction sous-mandibulaire

Monsieur A., 42 ans, consulte pour une tuméfaction sous-mandibulaire gauche intermittente, rythmée par les repas, spontanément réductible. Il vous signale toutefois, qu'il y a 1 semaine la tuméfaction était sensible et qu'elle n'a disparu qu'après deux jours de traitement par paracétamol. Il n'a jamais été noté de fièvre.

Antécédents

- Hypercholestérolémie depuis sept ans traitée par hypolipémiant.
- Pas d'antécédent chirurgical.
- CIEdème de la face après prise de Totapen* il y a vingt ans, pour une angine.

Examen clinique : température 37° C, bon état général.

- Discrète hypertrophie sensible de la glande sous-maxillaire gauche, orifice du canal de Wharton droit et gauche propres.
- La palpation bidigitale du plancher buccal permet de palper une masse pierreuse allongée de moins d'un centimètre située à proximité de la glande sous maxillaire gauche.
- État dentaire satisfaisant.
- Pas d'adénopathies, et le reste de l'examen clinique est normal.

1. Quel diagnostic évoquez-vous ? Pourquoi ?
2. Les examens suivants sont soumis à votre interprétation.
3. Quels autres examens d'imagerie peuvent être utiles chez ce patient ? Justifiez leur intérêt.
4. Monsieur A. consulte, à nouveau, huit jours plus tard. Il présente une tuméfaction sous-maxillaire gauche, séparée de la mandibule, douloureuse et chaude. Il y a du pus à l'ostium du canal de Wharton. La température est à 38,4° C. Le reste de l'examen clinique est inchangé. Quel est votre diagnostic ? Justifiez.
5. Quel traitement prescrivez-vous dans l'immédiat ?
6. Quel traitement curatif pouvez-vous proposer à monsieur A. ? Quels en sont les risques ?





DOSSIER N°2**1. Quel diagnostic évoquez-vous ? Pourquoi ? (20)**

- Lithiase salivaire sous maxillaire gauche.....2
- Compliquée2
- Épisodes récidivants de hernie salivaire.....2
- Tuméfaction rythmée par les repas.....2
- Cédant spontanément.....1
- Un épisode de colique salivaire :2
 - car persistance de la tuméfaction en dehors des repas1
 - avec sensibilité de la glande2
 - sans fièvre (non infectieux)1
- Lithiase palpée sur le trajet du canal de Wharton.....2
- Hypertrophie de la glande du côté de la lithiase.....2
- Homme jeune (deux hommes pour une femme)1

2 Les examens suivants sont soumis à votre interprétation. (10)

- Orthopantogramme2
- Et cliché occlusal antérieur (mordu)2
- Opacité de tonalité calcique2
- Se projetant sur le trajet du canal de Wharton gauche2
- » Volumineuse lithiase sous maxillaire gauche.....2

3. Quels autres examens d'imagerie peuvent être utiles chez ce patient ? Justifiez leur intérêt. (20)

- Cliché occlusal postérieur2
 - cherche d'autres lithiases sous maxillaires1
- Cliché de profil strict (cliché extra-buccal)1
 - précise la localisation de la lithiase1
- Échographie sous maxillaire3
 - précise la localisation de la lithiase1
 - cherche d'autres lithiases.....1
 - précise l'état de la glande sous maxillaire.....2
 - recherche une sous maxillite chronique2
- Sialographie.....2
 - recherche une sous maxillite chronique.....2
 - évalue l'état fonctionnel de la glande sous maxillaire2

4. Monsieur A. consulte, à nouveau, huit jours plus tard. 11 présente une tuméfaction sousmaxillaire gauche, séparée de la mandibule, douloureuse et chaude. 11 y a du pus à l'ostium du canal de Wharton. La température est à 38,4° C. Le reste de l'examen clinique est inchangé. Quel est votre diagnostic ? Justifiez (10)

- Sous-maxillite aiguë5
 - lithiase sous-maxillaire gauche connue.....1
 - fièvre1
 - pus à l'ostium du Wharton.....1
 - signes inflammatoires locaux : chaleur, douleur1
 - tuméfaction indépendante de la mandibule éliminant une origine dentaire1

5. Quel traitement prescrivez-vous dans l'inunédiat ? (20)

• Traitement ambulatoire.....	2
• Antalgiques type paracétamol	2
• Antispasmodiques type phloroglucinol/Spasfon@.....	2
• Sialogogue type Sulfarlem S 250.....	2
• Antibiothérapie (oubli = 0)	4
- per os.....	2
- à bonne élimination salivaire.....	NC
- associant macrolide et imidazolé (type RodogylO).....	2
- pendant dix jours	2
- contre-indication formelle des bêta-lactamines (prescription = 0)	NC
• Arrêt de travail 2 jours.....	NC
• Programmer un acte chirurgical radical à distance de l'infection (environ 6 semaines)	NC
• Poursuivre le traitement hypolipémiant.....	NC
* Surveillance (oubli =0)	2

6. Quel traitement curatif pouvez-vous proposer à monsieur A. ? Quels en sont les risques ? (20)

• Traitement chirurgical	2
- sous anesthésie générale	NC
- intervention par voie cervicale.....	2
- à distance de l'infection (au moins 6 semaines)	2
- sous-maxillectomie gauche (autre geste = 0)	2
- avec exérèse du canal de Wharton	2
- prélèvements bactériologiques peropératoires.....	1
- et examen anatomopathologique de la pièce opératoire	1
Les risques en sont	
• Surtout nerveux	
- nerf lingual	3
- rameau mentonnier du nerf facial.....	3
• Esthétiques (cicatrices rétractiles).....	2
• Non spécifiques	
-infection locale postopératoire	NC
- hématome sous-cutané.....	NC
- risques liés à l'anesthésie	NC

DOSSIER N°3: Foyers infectieux dentaires

Monsieur W., 60 ans, consulte en urgence pour des douleurs d'origine dentaire, lancinantes, survenues dans la nuit, insomniantes, d'intensité croissante, augmentées en décubitus et irradiant à l'oreille gauche.

Antécédents

-Appendicectomie dans l'enfance.

- Hypertension artérielle traitée par Enalapril/Rénitec".

- Diabète non insulino-dépendant traité par régime seul.

- Insuffisance mitrale modérée sans insuffisance cardiaque gauche.

Examen clinique : Tension artérielle: 150/70 mmHg, Température: 37,2° C.

Il existe une carie sur la 25. Les douleurs sont augmentées au froid et à la percussion transversale de la dent mais non axiale.

1. Quels sont les principaux facteurs favorisant la carie dentaire et les éléments de la prophylaxie.
2. Quel est votre diagnostic pour monsieur W. et quelles en sont les modalités de traitement ?
3. Quels sont les risques évolutifs en l'absence de traitement ?
4. Vous revoyez monsieur W. 2 ans plus tard pour recherche de foyers infectieux dentaires (adressé en vue d'une prochaine intervention sur la hanche). Citer les principales indications d'une telle consultation.
5. Quelles sont les modalités de prévention de l'endocardite pour les soins dentaires en ambulatoire ?

DOSSIER N°3

1. Quels sont les principaux facteurs favorisant la carie et les éléments de la prophylaxie. (25)

*Alimentation riche en saccharose	2
• Facteurs héréditaires.....	2
• Facteurs raciaux.....	2
• Diabète insulino- et non insulino-dépendant.....	2
• Facteurs locaux.....	2
- mauvaise hygiène dentaire.....	1
- plaque dentaire.....	1
- parodontopathie.....	1
- hypo-et a-sialie (neuroleptiques, radiothérapie, syndrome sec.....)	1
- traumatisme dentaire.....	1
- malposition dentaire	1
• Prévention	
- bonne hygiène bucco-dentaire	2
- éviter les apports trop fréquents de sucres d'absorption rapide	1
- équilibrer un diabète	1
- traiter une parodontopathie	1
- prescription de sialogogues en cas de sécheresse buccale.....	1
- fluorothérapie dès la naissance et pendant la grossesse	2
- consultation régulière chez un dentiste.....	1

2 Quel est votre diagnostic pour monsieur W. et quelles en sont les modalités de traitement ? (20)

• Pulpite aiguë de la 25	4
• Urgence dentaire.....	NC
• Sous anesthésie locale	2
- ouverture de la chambre pulpaire.....	2
- mise en place d'un pansement antalgique.....	2
• Antalgiques par voie générale.....	4
» Antibiothérapie per os (type association macrolides et imidazolés)	4
• A distance : dévitalisation, traitement radiculaire et obturation canalaire et mise en place d'une prothèse de recouvrement.....	2
• Surveillance.....	NC

3. Quels sont les risques évolutifs en l'absence de traitement ? (20)

• Nécrose pulpaire puis extension en profondeur	3
• Desmodontite aiguë	3
• Puis desmodontite chronique : granulome ou kyste	3
• Abscessus sous-muqueux ou abscessus sous-périosté	2
• Ostéite	2
• Cellulite d'origine dentaire (et risque de thrombophlébite faciale)	3
• Sinusite maxillaire aiguë ou chronique d'origine dentaire.....	2
• Greffe bactérienne à distance et risque de septicémie.....	2

4. Vous revoyez monsieur W. 2 ans plus tard pour recherche de foyers infectieux dentaires (ad res-sé en vue d'une prochaine intervention sur la hanche). Citer les principales indications d'une telle consultation. (20)

• Enquête étiologique dans certaines pathologies	2
- arthrite septique sans porte d'entrée patente.....	1
-glomérulonéphrite aiguë.....	2
- ophtalmologiques : uvéite, kératite, certaines neuropathies optiques.....	1
- pneumologiques :	1
infections bronchopulmonaires à répétition.....	2
certains asthmes	2
- dermatologiques: urticaire, eczéma, lésions bulleuses, lichen plan, acné rosacée, pelade	1
- fièvre inexpliquée.....	2

NB : Rhumatisme articulaire aigu discutable.

• Éradication des foyers infectieux dentaires pour éviter toute complication infectieuse dans le cadre de cer- taines pathologies	
– valvulopathies	1
- chirurgie cardiaque	1
- cardiopathies à risque d'endocardite infectieuse	1
- chirurgie prothétique orthopédique.....	NC
- broncho-pneumopathie chronique.....	1
- déficit immunitaire.....	1
- avant chimiothérapie, radiothérapie au niveau de la face, traitement immunosuppresseur	1

5. Quelles sont les modalités de prévention de l'endocardite pour des soins dentaires en ambula-
toire ? (15)

• En l'absence d'allergie aux bêta-lactamines	
-Amoxicilline : 3 g per os.....	5
- en une prise dans l'heure précédent le geste	5
• Si allergie aux bêta-lactamines : Clindamycine : 600 mg per os ou Pristinamycine : 1 g per os en une prise dans l'heure précédent le geste.	5

NB : Posologies pédiatriques per os : Amoxicilline : 75 mg/kg ; Clindamycine : 15 mg/kg ; Pristinamycine
25 mg/kg.

DOSSIER N°4: Traumatologie du massif facial

Vous êtes appelé une nuit de garde, pour un patient de 71 ans hospitalisé qui a chuté lors de la toilette.

Antécédents

- Malaises à répétition actuellement explorés et à priori imputables à un bloc auriculo-ventriculaire paroxysmique.
- Hypertension artérielle depuis 20 ans traitée par propranolol/Avlocardyl@.
- Intervention chirurgicale il y a 10 ans pour étranglement herniaire sur hernie inguinale gauche.

Examen clinique : patient parfaitement conscient et orienté.

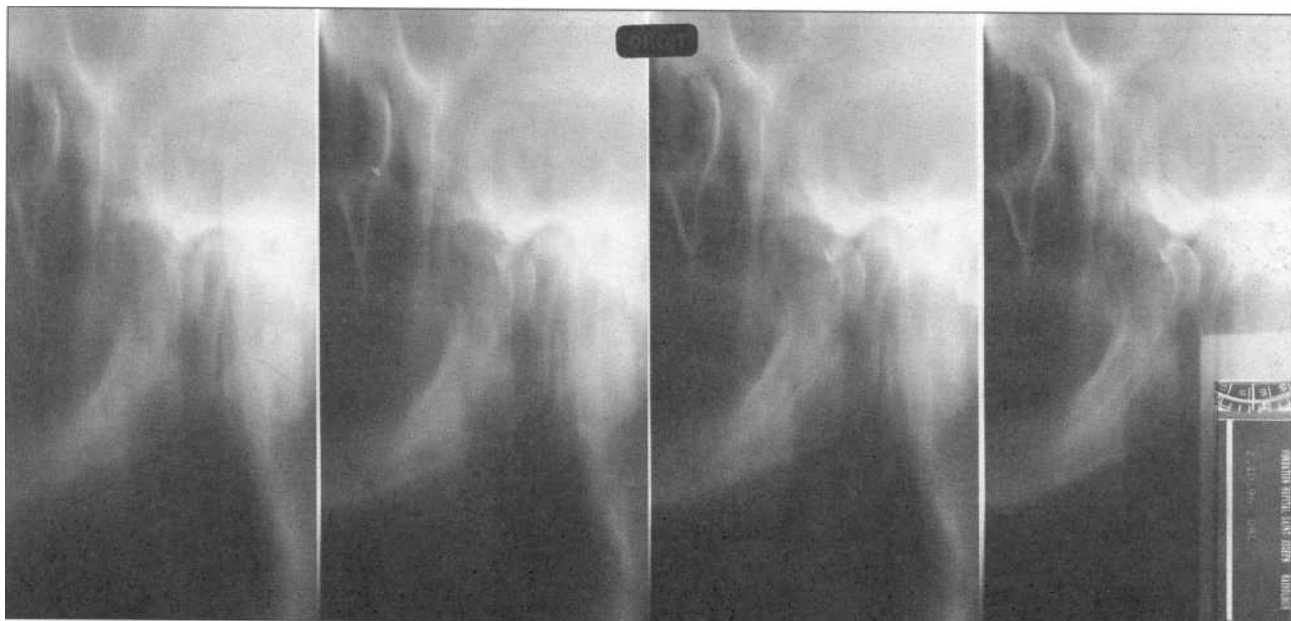
Pouls = 60/mn, Tension artérielle = 150/80 mmHg.

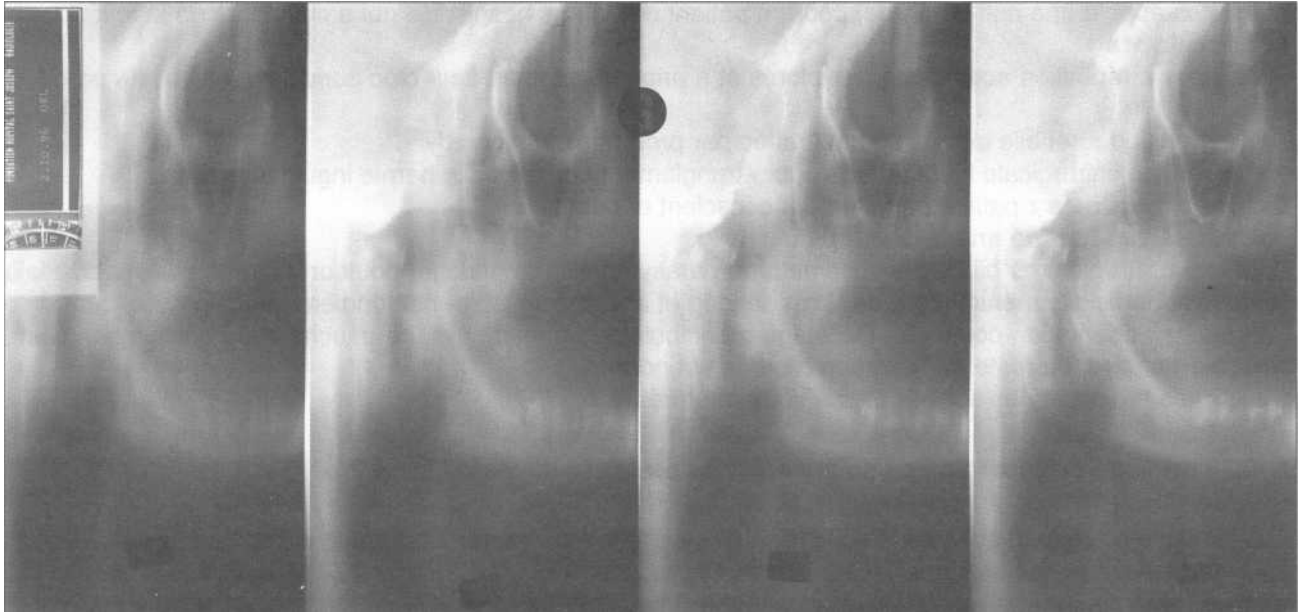
Douleurs prétragiques bilatérales. Hématome parasymphysaire gauche, douleur exquise en regard. Plaie contuse superficielle mentonnière de 2 cm de long et anesthésie labio-mentonnière gauche.

En bouche : édentation complète. Décalage mandibulaire parasymphysaire gauche avec ecchymose vestibulaire en regard. Le reste de l'examen clinique est normal.

Les clichés radiologiques sont soumis à votre interprétation.

1. Quel est votre diagnostic précis pour les lésions osseuses du massif facial ?
2. Quel signe en rapport avec les lésions osseuses aurait-on pu trouver à l'examen otologique de ce patient ?
3. Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous dans l'immédiat ?
4. Quels sont les principes du traitement chirurgical ?
5. Quelles sont les principales séquelles faciales à redouter ?





DOSSIER N°4

1. Quel est votre diagnostic précis pour les lésions osseuses du massif facial ? (20)

- Fracture condylienne bilatérale8
- déplacée4
- * Associée à une fracture parasymphysaire gauche peu déplacée8

2 Quel signe en rapport avec les lésions osseuses aurait-on pu trouver à l'examen otologique de ce patient ? (20)

- Otorragie.....10
- Par plaie du conduit auditif externe5
- En rapport avec une fracture du tympanal.....5

3. Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous dans l'immédiat ? (20)

- Repos au lit2
- Arrêt de l'alimentation orale (et pose d'une voie veineuse)2
- Assurer la liberté des voies aéro-digestives supérieures.....2
- Antisepsie de la cavité buccale (bains-de-bouche type Bétadine buccale®)2
- Traitement antalgique.....2
- Traitement antibiotique per os (type Augmentin®), en prévision d'un geste chirurgical2
- Arrêt progressif du traitement par bêtabloquants (oubli = 0)2
- car contre-indication pour ce patient : bloc auriculo-ventriculaire de haut degréNC
- *Nettoyage, désinfection, parage, suture de la plaie mentonnière.....2
- Vérification de la vaccination antitétanique.....2
- Surveillance clinique et par monitoring cardiaque (fréquence cardiaque et tension artérielle)2

4. Quels sont les principes du traitement chirurgical ? (20)

- Sous anesthésie générale.....NC
- *Après mise en place d'un stimulateur cardiaque implantable si besoin ou d'une sonde d'entraînement électrosystolique pour l'intervention (oubli = 0)4
- Antibiothérapie per et post opératoire.....NC
- réduction des fractures.....4
- ostéosynthèse de la fracture parasymphysaire gauche par plaque(s) vissée(s)4
- aucun geste chirurgical sur les fractures condyliennes chez ce patient édenté4
- rééducation postopératoire précoce.....4
- pour éviter toute ankylose des articulations temporo-mandibulaires.....NC

NB : Pas de blocage bi- maxillaire ici !!...

5. Quelles sont les principales séquelles faciales à redouter ? (20)

- Ankylose des articulations temporo-mandibulaires8
- Cals vicieux4
- Lésion définitive du nerf dentaire inférieur.....4
- *Trouble de l'articulé dentaire (pour ce patient, nécessité de confection de nouvelles prothèses dentaires)4

DOSSIER N°5: Un traumatisme de la mandibule

Vincent, 17 ans vous est amené au décours d'un accident de football. Il a reçu un coup de pied au niveau de la branche horizontale droite de la mandibule. Il se plaint d'otalgies gauches associées à une otorragie.

Antécédents : aucun.

Examen clinique

- Limitation de l'ouverture buccale.
- Hématome et douleurs au niveau de la branche horizontale droite, douleur exquise prétragienne gauche. Il existe un contact molaire prématuré gauche et une béance antérieure droite.
- Otorragie gauche, examen des tympans normal.

1. Complétez l'examen clinique.
2. Quel est votre diagnostic à droite si Vincent présente un signe de Vincent droit ?
3. Quel est votre diagnostic à gauche ?
4. Quel est le mécanisme physiopathologique du contact molaire prématuré et de la béance antérieure ?
5. Quel est le traitement non médicamenteux si la lésion gauche est intra-articulaire et la lésion droite très déplacée ?
6. Quel est le traitement non médicamenteux si la lésion gauche est extra-articulaire et la lésion droite très déplacée ?

DOSSIER N°5**1. Complétez l'examen clinique. (20)**

- Examen neurologique complet.....4
- Examen exobuccal
 - recherche d'une anesthésie labio-mentonnière (surtout à droite).....3
 - palpation des structures osseuses2
 - otoscopie bilatérale.....3
- Examen endobuccal
 - recherche d'une modification de l'articulé dentaire3
 - recherche de plaies gingivales et buccales.....2
 - noter les fractures, subluxations et luxations dentaires3
- L'examen est noté par écrit avec un schéma daté.....NC

2 Quel est votre diagnostic à droite si Vincent présente un signe de Vincent droit ? (10)

- Fracture de la branche horizontale droite de la mandibule.....5
- Compiquée d'une atteinte du nerf dentaire inférieur.....5

3. Quel est votre diagnostic à gauche ? Pourquoi ? (15)

- Fracture du condyle mandibulaire gauche.....2
- mécanisme évocateur: traumatisme mandibulaire controlatéral2
- limitation d'ouverture buccale2
- douleurs prétragiques gauches2
- contact molaire prématuré homolatéral à la lésion2
- et béance controlatérale2
- Compiquée d'une fracture du tympanal homolatéral.....2
- otalgies gauches et otorragie gauche en faveur d'une fracture du tympanal1

4. Quel est le mécanisme physiopathologique du contact molaire prématuré gauche et de la béance antérieure droite ? (10)

- Le fragment proximal (entre le trait de fracture et le condyle) est ascensionné par les muscles élévateurs de la mandibule6
- masseter, temporal, ptérygoïdien interne ou médial4
- D'où un contact molaire prématuré homolatéral à la lésion lors des tentatives d'occlusionNC
- et une béance antérieure controlatéraleNC

5. Quel est le traitement non médicamenteux si la lésion gauche est intra-articulaire et la lésion droite très déplacée ? (15)

- Intervention chirurgicale pour réduction et ostéosynthèse de la fracture de la branche horizontale droite (plaque(s) vissée(s)).....5
- Rééducation précoce (kinésithérapie) pour éviter toute ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire gauche.10
- Surveillance (oubli = 0)NC

6. Quel est le traitement non médicamenteux si la lésion gauche est extra-articulaire et la lésion droite très déplacée ? (30)

- Intervention chirurgicale sous anesthésie générale.....2
- réduction et ostéosynthèse de la fracture de la branche horizontale droite4
- traitement orthopédique pour la fracture sous-condylienne gauche4
- blocage bi-maxillaire.....2
- après prise d'empreintes et confection des arcs en fonction des moulages dentaires en préopératoire...NC
- réduction de la fracture sous anesthésie générale2
- avec d'abord des élastiques pendant 24 à 48 heures pour maintenir la réduction2
- puis, après contrôle clinique et radiographique de la restauration d'un bon articulé dentaire NC
- blocage avec des fils d'acier2
- pendant 4 à 6 semaines.....2
- Fournir une pince coupante Bee-bee pour couper les fils d'acier si vomissements 2
- Alimentation semi-liquide.....2
- Hygiène dentaire parfaite (brossage des dents, jet dentaire, bains-de-bouche)2
- Kinésithérapie postopératoire (oubli = 0)2
- Surveillance clinique et radiologique hebdomadaire (oubli = 0)2

DOSSIER N°6: Un important traumatisme facial

Vous examinez en urgence un patient de 25 ans au décours d'un accident de la voie publique. Conducteur non ceinturé d'une automobile, il a violemment percuté un arbre sur la route.

Il est amené par les pompiers qui vous précisent qu'il a eu une perte de connaissance initiale de cinq minutes d'après les témoins.

Examen clinique : Tension artérielle = 160/80 mmHg, pouls = 120/mn.

Obnubilation, œdème diffus de la face, hématome péri-orbitaire en lunettes, pseudoprogнатisme avec effondrement de l'arête nasale. Épistaxis claire. Contact molaire prématuré bilatéral, bécance incisive antérieure et mobilité de l'ensemble de la face par rapport au crâne. Pas de lésion dentaire.

Par ailleurs, il se plaint de douleurs au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras gauche.

La cheville droite est œdématisée et déformée, mais il n'y a pas d'atteinte vasculo-nerveuse et la mobilité des orteils est normale. Le reste de l'examen, en particulier abdominal et neurologique, est normal. La bandelette urinaire trouve une hématurie à 2 croix.

1. Quelle est votre conduite immédiate à l'arrivée du patient ?
2. Quel bilan d'imagerie demandez-vous ?
3. Quel est le diagnostic le plus probable pour la face ? Pourquoi ?
4. Quelle est votre interprétation de l'écoulement nasal ? Comment le confirmer cliniquement ?
5. Quel est le principal risque secondaire auquel est exposé le patient par ses lésions faciales ?

DOSSIER N°6**1. Quelle est votre conduite immédiate à l'arrivée du patient ? (20)**

- Maintenir l'axe crânio-rachidien en rectitude.....3
- Libération des voies aériennes supérieures.....3
- *Traiter l'épistaxis (mouchage, compression des narines, voire tamponnement des fosses nasales)2
- Mise en place d'un abord veineux : perfusion IV de soluté glucosé.....2
- Traitement symptomatique de la douleur (antalgiques par voie intraveineuse) 2
- Antibiot prophylaxie intraveineuse, ex : Augmentin@.....3
- Surveillance de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et de la saturation par monitoring et oxymètre de pouls2
- Surveillance rapprochée de la conscience, des réflexes pupillaires, des vomissements 2
- Prélever un bilan biologique (après la réanimation).....1

2 Quel bilan d'imagerie demandez-vous ? (20)

- Accompanyer le patient pour tout examen radiologique.....2
- Clichés standard : incidences
 - de BlondeauNC
 - des cadres orbitaires.....NC
 - des os propres du nez de profil.....NC
 - maxillaires défilés.....NC
 - face basseNC
- Tomodensitométrie crânio-faciale sans injection de produit de contraste (oubli = 0)8
- Clichés du rachis cervical de face, de profil, bouche ouverte et si possible de trois-quarts2
- Clichés de l'avant bras gauche de face et de profil2
- Clichés de la cheville droite de face et de profil2
- Cliché de thorax de face au lit.....2
- Échographie abdominale et rénale (oubli = 0)2

NB : L'orthopantomogramme n'est pas un cliché d'urgence. Les clichés standard faciaux sont ici inutiles car un scanner cérébral est obligatoire.

3. Quel est le diagnostic le plus probable pour la face, pourquoi? (20)

- Disjonction crânio-faciale type Lefort III, car :.....4
 - mobilité de l'ensemble de la face par rapport au crâne.4
 - aspect de la face en pseudo-prognathisme avec effondrement de l'arête nasale 2
 - contact molaire prématuré bilatéral et bécance incisive antérieure.....2
 - hématome péri orbitaire en lunettes.....2
 - épistaxis.....1
- Complicquée d'une brèche dure-mérienne car :.....3
 - épistaxis claire, donc probablement associée à une fuite de liquide céphalo-rachidien 2

4. Quelle est votre interprétation de l'écoulement nasal ? Comment le confirmer cliniquement ? (20)

- Épistaxis due à la fracture de la jonction naso-frontale2
- Associée à une brèche dure-mérienne évoquée devant la clarté de cette épistaxis..... 8
- Cette rhinorrhée de liquide céphalo-rachidien peut être confirmée par :.....NC
- Test de la compresse : auréole incolore (de LCR) autour de la tache de sang10
- Ou à l'aide d'une bandelette "urinaire" réactive à la recherche de glucose (inutilisable car positive également par le glucose sanguin)NC

5. Quel est le principal risque secondaire auquel est exposé le patient par ses lésions faciales? (20)

- Méningite bactérienne.....15
- A pneumocoque en particulier.....5

DOSSIER N°7: Une « gueule cassée »

Monsieur V., 22 ans, présente un traumatisme crânio-facial, dû à un accident de la voie publique. On note une perte de connaissance initiale de 3 minutes environ.

Aucun antécédent particulier.

Examen clinique : Tension artérielle = 110/65 mmHg, pouls = 125/mn.

Conscience normale, absence de désorientation temporo-spatiale. L'examen neurologique est normal.

CEdème facial global noyant les contours du visage. La face paraît aplatie avec un recul de l'arête nasale et une déviation de la pointe du menton vers la droite. Il existe une ecchymose en lunettes.

Mobilité douloureuse de la pyramide nasale, décalage du tiers interne des deux rebords orbitaires inférieurs alors que les rebords supérieurs sont normaux à la palpation.

Anesthésie sous orbitaire bilatérale.

Épistaxis bilatérale prédominant nettement à droite avec un aspect plus clair à gauche.

Petite plaie horizontale linéaire de 2 cm au niveau du menton.

Otorragie droite. Pas d'hémotympan, mais il existe une plaie de la paroi antéro-inférieure du conduit auditif externe droit.

L'examen de la cavité buccale retrouve : une fracture coronaire des deux incisives centrales supérieures, une mobilité transversale et verticale de l'arcade dentaire supérieure (dont la mobilisation entraîne celle du nez, mais sans les os malaires), associée à un hématome vestibulaire supérieur. Il existe un trouble de l'articulé dentaire avec béance antérieure verticale et contact molaire prématuré bilatéral plus net à droite.

L'ouverture buccale est limitée, douloureuse et entraîne une accentuation de la déviation du menton vers la droite.

Le reste de l'examen est normal, en dehors de douleurs de l'hypochondre gauche et du poignet droit.

1. Quelle est la principale urgence que vous suspectez chez ce patient ? Quel examen complémentaire d'imagerie demandez-vous pour l'éliminer ?
2. Cette hypothèse est éliminée. Quelles fractures du squelette facial diagnostiquez-vous ?
3. Sur quels arguments ?
4. Quel bilan radiologique standard demandez-vous en urgence ? (précisez le cas échéant la ou les principale(s) structure(s) osseuse(s) analysée(s) par chacun de ces clichés).
5. Rédigez la demande de scanner.

DOSSIER N°7

1. Quelle est la principale urgence que vous suspectez chez ce patient, ? Quel examen complémentaire d'imagerie demandez-vous pour l'éliminer ? (20)

- Hémorragie interne5
- D'origine splénique (rupture, fracture...).....5
- Échographie abdominale en urgence10

2 Cette hypothèse est éliminée. Quelles fractures du squelette facial diagnostiquez-vous ? (20)

- Fracture de Lefort II.....5
- Fracture de Lefort I (dite de Guérin)5
- Fracture du condyle droit5
- Fracture de l'ethmoïde (lame criblée), avec brèche ostéo-méningée.....5

3. Sur quels arguments ? (20)

- Fracture de Lefort II
 - mobilisation du nez sans les malaires avec l'arcade dentaire supérieure2
 - œdème global de la face.....1
 - aspect aplati de la face.....1
 - ecchymose péri-orbitaire en lunettes1
 - rétro-maxillie supérieure (= recul du tiers moyen de la face).....1
 - recul de la pyramide nasale1
 - décalage des rebords orbitaires inférieurs1
 - contact molaire prématuré bilatéral avec béance antérieure1
 - épistaxis.....1
 - anesthésie dans le territoire des nerfs sous-orbitaires.....1
- Fracture de Lefort I
 - mobilité de l'arcade dentaire supérieure par rapport au reste de la face 1
 - hématome vestibulaire supérieur1
- Fracture du condyle droit
 - limitation douloureuse de l'ouverture buccale1
 - déviation de la pointe du menton à droite, aggravée lors de l'ouverture buccale 1
 - contact molaire prématuré (bilatéral mais plus net à droite).....1
 - fracture de l'os tympanal homolatéral à la fracture condylienne.....1
 - suspectée devant l'otorragie droite.....1
 - contexte évocateur (plaie du menton, mécanisme indirect).....NC
- Fracture de l'ethmoïde (lame criblée), avec brèche ostéo-méningée.....1
- rhinorrhée (= issue de liquide céphalo-rachidien)1

r _

4. Quel bilan radiologique standard demandez-vous en urgence ? (précisez le cas échéant la ou les principale(s) structure(s) osseuse(s) analysée(s) par chacun de ces clichés). (30)

- Clichés du rachis cervical.....4
- face, profil, 3/4 et bouche ouverte.....2
- Incidence de Blondeau.....4
- malaires2
- maxillaires supérieurs.....2
- cadres orbitaires.....NC

• Incidence des cadres orbitaires	2
- cadres orbitaires.....	NC
• Incidence de Hirtz (éventuellement latéralisés droit et gauche)	2
- arcades zygomatiques.....	1
• Face basse	2
- arc mandibulaire (de face).....	1
• Maxillaires défilés.....	2
- angles mandibulaires.....	1
• Condyles droit et gauche de profil	2
- avec tomographies	NC
• Os propres du nez de profil.....	1
• Incidence de Gosserez.....	1
- os propres du nez.....	1

NB : L'orthopantomogramme et les clichés rétro-alvéolaires ne sont pas des clichés d'urgence.

5. Rédigez la demande de scanner. (10)

• En urgence.....	NC
• Tomodensitométrie crânio-faciale (faciale seule = 0).....	2
• Coupes axiales.....	2
- et coronales	2
• Fenêtres parenchymateuses et osseuses	2
• Sans injection de produit de contraste.....	2

DOSSIER N°8: Une tuméfaction pré-auriculaire chez une femme de 50 ans

Madame R., 50 ans, consulte pour une tuméfaction pré-auriculaire gauche évoluant depuis plusieurs années.

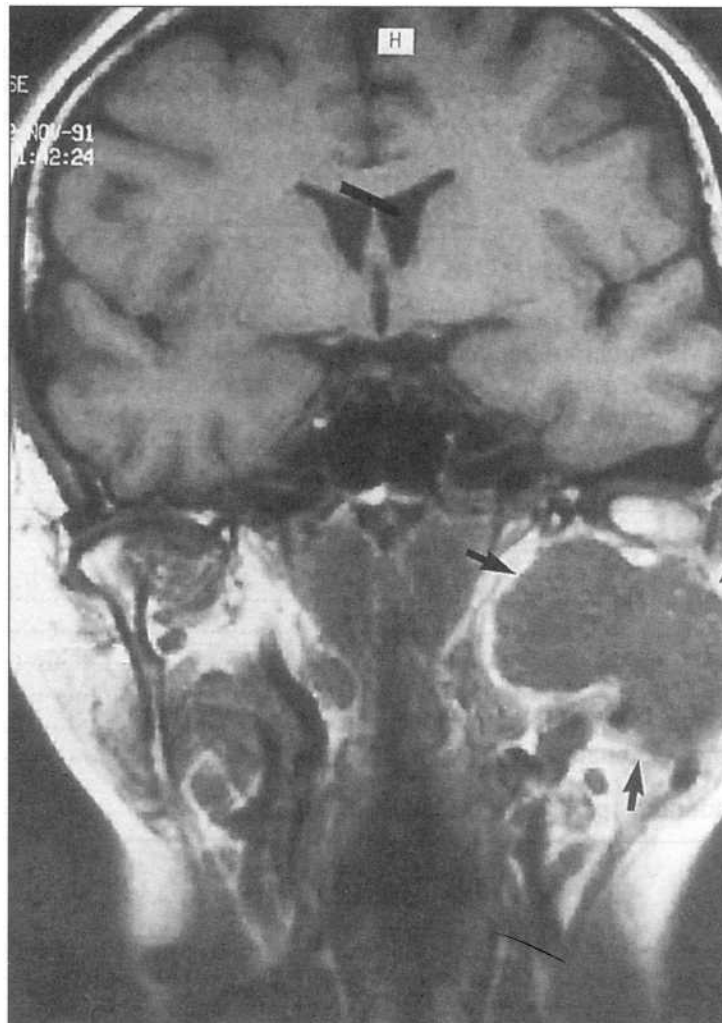
Antécédents

- Sous maxillectomie gauche il y a six ans, pour lithiase symptomatique.
- Appendicectomie dans l'enfance.

Examen clinique

- Ouverture buccale normale, tumeur pré-auriculaire gauche, ferme et élastique, indolore, superficielle, n'adhérant pas au plan profond, d'environ 2 cm de diamètre.
- Mobilité des muscles faciaux normale.
- Orifices des canaux de Sténon propres.
- A droite, l'examen est normal.
- Pas d'adénopathie palpable.

1. Quel est le diagnostic le plus probable et sur quels arguments ?
2. Quels signes cliniques feraient évoquer la malignité ?
3. Comment confirmer le diagnostic ?
4. Interprétez l'IRM fournie (séquence T1 sans injection).
5. Décrivez les grands principes de l'intervention chirurgicale. Quel en est le risque principal ?
6. Quelles complications postopératoires peuvent survenir ?



DOSSIER N°8**1. Quel est le diagnostic le plus probable et sur quels arguments ? (20)**

• Adénome pléomorphe de la parotide gauche (ou tumeur mixte).....	6
Car	
• Caractères tumoraux en faveur de la bénignité.....	1
• Tumeur de la loge parotidienne gauche.....	1
• Unilatérale	1
• Non inflammatoire	1
• Sans trismus.....	1
• Masse indolore	1
*�lastique non adhérentielle.....	1
• Absence de paralysie faciale.....	1
• Absence d'adénopathie suspecte.....	1
• Prédominance du sexe féminin.....	1
• �ge 50 ans	1
• Aucun antécédent de pathologie parotidienne.....	NC
• Aucune altération de l'état général	1
• Lenteur d'évolution tumorale.....	1
• Argument de fréquence.....	1

2 Quels signes cliniques feraient évoquer la malignité? (20)

• �volution rapide	3
• Douleurs	2
• Altération de l'état général.....	3
• Paralysie faciale	3
• Trismus.....	3
• Masse adhérentielle	3
• Adénopathies loco-régionales	3
• Métastases.....	NC

3. Comment confirmer le diagnostic ? (10)

• Uniquement par l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire	10
• (qui peut seul confirmer le caractère bénin ou malin de la tumeur)	NC
• Qui confirme la coexistence d'éléments épithéliaux et parenchymateux	NC
• Toute biopsie est proscrite (risque de lésion du nerf facial, de lésion vasculaire et d'essaimage tumoral) ...	NC

4. Interprétez l'IRM fournie (séquence Ti sans injection). (10)

• Coupe coronale	1
• Image homogène	2
• Hypointense.....	2
• En bissac.....	1
*Développée dans les lobes superficiel et profond parotidiens.....	2
• Bien limitée par rapport aux muscles et à la graisse parapharyngée.....	NC
* Compatible avec un adénome pléomorphe	2

5. Décrivez les grands principes de l'intervention, quel en est le risque principal ? (20)

- Parotidectomie totale avec conservation du nerf facial.....6
- Dissection minutieuse du nerf facial en disséquant chaque rameau.....2
- Parotidectomie totale qui garantit la moindre fréquence de récurrence.....2
- Ligature du Sténon.....2
- Examen extemporané (pour adapter l'acte opératoire en cas de malignité)2
- Intervention sous anesthésie généraleNC
- Le risque principal est la lésion du nerf facial à son origine ou d'une de ses branches6

NB : L'existence d'une paralysie faciale postopératoire n'est pas forcément en rapport avec une lésion de ce nerf, mais peut être la conséquence d'un oedème local.

6. Quelles complications postopératoires peuvent survenir ? (20)

- Complications immédiates
 - infection locale.....2
 - hématome sous-cutané4
 - paralysie faciale2
- Complications différées
 - récurrence4
 - dégénérescence d'un tissu tumoral restant en cas de résection incomplète 2
 - paralysie faciale séquellaire par lésion du nerf2
 - syndrome de Frei.....2
 - séquelles esthétiques2

NB : Le bilan préopératoire de la tumeur peut comprendre une échographie de la loge parotidienne (et éventuellement une sialographie parotidienne). En cas de doute on peut demander un scanner (voire une IRM) centré sur la loge parotidienne.

DOSSIER N°9: Hyperthermie et odynophagie à 14 ans

Paul, 14 ans, consulte pour une hyperthermie et une odynophagie évoluant depuis 48 heures. Il se plaint également d'arthralgies, de myalgies et se sent fatigué.

Antécédents

- Rhinopharyngites à répétition dans l'enfance.
- Angines à répétition traitées systématiquement par antibiotiques.
- Vaccinations à jour.

Examen clinique : poids 50 kg, température 39° C, pouls = 120 /mn et tension artérielle = 105/55 mmHg. Cavité buccale : langue saburrale, halitose, amygdales hypertrophiées, érythémateuses avec dépôts blanchâtres peu adhérents. Adénopathies sous angulo-maxillaires bilatérales. Tympanes normaux. Pas d'éruption cutanée.

Le reste de l'examen est normal.

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Quel est votre traitement ?
3. Si Paul avait présenté des lésions ulcéronécrotiques d'une seule amygdale, quel(s) diagnostic(s) aurait-il fallu évoquer ? Précisez pour chaque hypothèse diagnostique si vous pratiquez des examens paracliniques.
4. Si Paul avait présenté des lésions pseudo-membraneuses bilatérales, un purpura du voile du palais, une grande asthénie, quel(s) diagnostic(s) aurait-il fallu évoquer ?
5. Trois jours plus tard la mère de Paul vous appelle car la fièvre persiste. Paul vomit à chaque prise médicamenteuse. Les douleurs pharyngées ont notablement augmenté, Paul ne mange plus et ouvre difficilement la bouche. Il se plaint d'otalgie droite. A l'examen : température 39,5° C, trismus serré, amygdales très hypertrophiées avec œdème des piliers antérieurs et postérieurs, associés à une voussure du palais mou en regard de l'amygdale droite, les tympanes sont normaux. Quel est votre diagnostic ?
6. Décrivez les principes du traitement.

DOSSIER N° 9

1. Quel est votre diagnostic ? (10)

- Angine érythémato-pultacée.....10
- D'origine bactérienne (streptococcique en général) ou virale.....NC

2 Quel est votre traitement ? (20)

- Traitement ambulatoire.....2
- Traitement étiologique : antibiothérapie (oubli = 0).....4
 - per os.....2
 - bêtalactamine type Pénicilline V en l'absence d'allergie : OracillineO cp à 1 MUI : 1 cp 3 fois par jour
 - pendant 10 jours.....2
- *Traitement symptomatique de la fièvre et de la douleur
 - Paracétamol/DolipraneO sachet à 500 mg : 2 sachets 3 fois par jour pendant 6 jours 2
 - Anti-inflammatoire non stéroïdien hors contre-indications type Acide Niflumique/NiflurilO suppositoire à 700 mg : 1 suppositoire matin et soir pendant 5 jours.....2
 - Repos au lit à domicile et arrêt scolaire : 4 jours.....NC
 - Alimentation molle2
 - Faire boire beaucoup.NC
 - Marquer le diagnostic sur le carnet de santé.....NC
 - Surveiller la température deux fois par jour, les douleurs et les vomissements tous les jours, le poids tous les deux jours.....2
 - Protéinurie à la bandelette à JO et à J15.....2

3. Si Paul avait présenté des lésions ulcéronécrotiques d'une seule amygdale, quel(s) diagnostic(s) aurait-il fallu évoquer ? Précisez pour chaque hypothèse diagnostique si vous pratiquez des examens paracliniques. (20)

- Hémopathies2
 - leucémie aiguë2
 - agranulocytose2
 - qui nécessitent la pratique d'un hémogramme.....2
- Angine de Vincent (association fusospirochétienne).....3
 - qui nécessite de pratiquer un prélèvement local pour examen bactériologique2
- Mononucléose infectieuse.....3
 - qui nécessite de pratiquer un hémogramme.....2
 - et un MNI-test.....2
- Syphilis primaire à évoquer de principe.....NC
 - diagnostic sur la ponction du ganglion satellite (examen de deuxième intention) NC
 - avec examen direct sur microscope à fond noirNC
- Infection à VIH à évoquer de principeNC
 - diagnostic sur la sérologie VIH 1 et 2 (en deuxième intention)NC
- Tularémie.....NC

4. Si Paul avait présenté des lésions pseudoquembraneuses bilatérales, un purpura du voile du palais, une grande asthénie, quel(s) diagnostic(s) aurait-il fallu évoquer ? (10)

- Le plus probable : mononucléose infectieuse.....4
- De principe on évoque une diphtérie (mais vaccinations à jour et pas de notion de contagé)6

NB : Dans le cas d'angine pseudo-membraneuse, toujours pratiquer un prélèvement pharyngé.

5. Trois jours plus tard la mère de Paul vous appelle car la fièvre persiste. Paul vomit à c médicamenteuse. Les douleurs pharyngées ont notablement augmenté, Paul ne mange plus et ouvre difficilement la bouche. 11 se plaint d'otalgie droite. A l'examen : température 39,5°C, trismus serré, amygdales très hypertrophiées avec oedème des piliers antérieurs et postérieurs, associés à une voussure du palais mou en regard de l'amygdale droite, les tympans sont normaux. Quel est votre diagnostic ? (15)

• Phlegmon péri-amygdaal en droit.....15

6. Décrivez les principes du traitement. (25)

• Hospitalisation en service d'ORL

• Antibiothérapie.....5
 - intraveineuse2
 - type bêta lactamine : Pénicilline G®.....2
 - associée à un imidazole, ex: Métronidazole2
 - secondairement adaptée à l'antibiogramme2
 • Drainage de la collection par ponction ou incision.....5
 - éventuellement sous anesthésie locale en position assise..... NC
 - avec prélèvements bactériologiques et antibiogramme2
 - antalgiques et antipyrétiques, ex : paracétamol/Prodafalgan® IV2
 • Repos au lit.....NC
 • Surveillance.....1
 - Amygdalectomie à 6 semaines au moins de l'infection.....2

DOSSIER N°10: Otalgie de l'enfant

Le petit Martin 18 mois vous est amené par sa maman pour hyperthermie, anorexie, diarrhée et état globalement grognon depuis 12 heures, sa maman a, par ailleurs, noté qu'il se grattait beaucoup l'oreille gauche. Antécédents

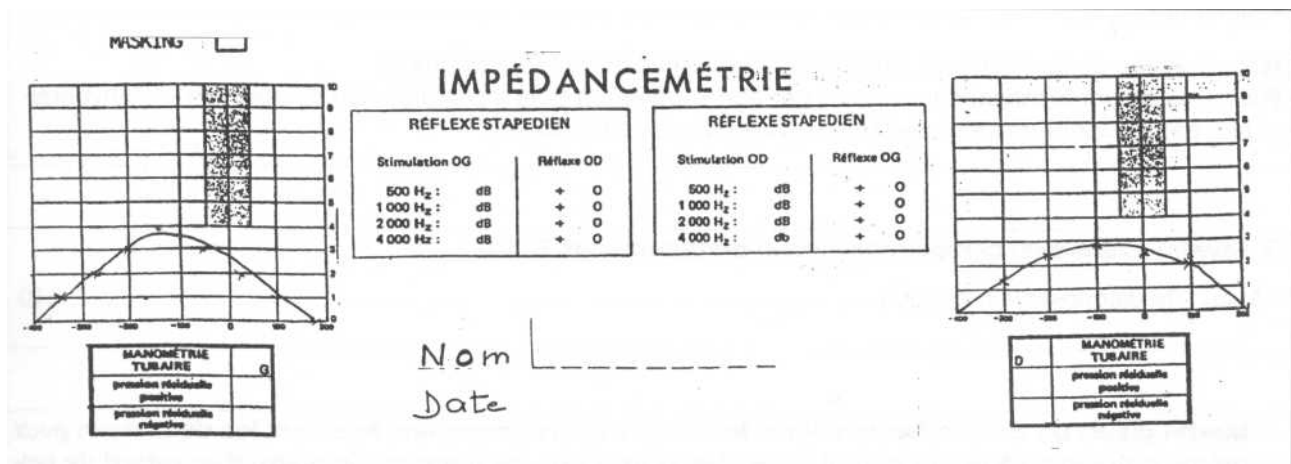
- Né à terme, vaccinations à jour, bonne croissance staturo-pondérale, va à la crèche.
- Traitement : Zymafluor®.

Examen clinique : température 38,8° C, poids 9500 grammes, pas d'éruption cutanée. Rhinorrhée séreuse, gorge discrètement érythémateuse, amygdales non hypertrophiées. Pas d'otorrhée spontanée, tympan droit normal, tympan gauche : hypervascularisé, mat, avec disparition du triangle lumineux. Pas de paralysie faciale, pas de syndrome méningé, examen neurologique normal. Examen abdominal normal.

1. Quel est votre diagnostic ? Justifiez.
2. Quel est votre traitement ? (présenter sous forme d'une ordonnance)
3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) pratiquez-vous ?
4. Martin guérit de cette affection. Vous le revoyez en moyenne une fois tous les deux mois pour la même pathologie à droite et (ou) à gauche. A trois ans, sa maman s'inquiète d'un retard de langage, Martin aime regarder la télévision mais l'écoute très fort. A l'examen : apyrexie, otoscopie : tympan gauche épaissi surtout en posté ro-supérieur, dépoli, hypervascularisé avec impression de plénitude de la caisse. A droite même aspect.
Quel est votre diagnostic clinique ?

5. L'audiogramme tonal met en évidence une surdité de transmission bilatérale de 25 décibels sur les fréquences conversationnelles. L'impédancemétrie montre le tympanogramme suivant: interprétez-le. Quel facteur favorisant de cette pathologie est probable chez Martin ?

6. Quel est votre traitement ?



DOSSIER N°10

1. Quel est Votre diagnostic ? Justifiez. (20)

- Otite moyenne aiguë gauche4
- au stade congestif4
- non compliquée2

car tableau clinique évocateur associant

- Âge de prédilection (petite enfance, ici : 18 mois)2
- Fièvre.....2
- Otagie gauche2
- Rhino-pharyngite2
- Tympan congestif à gauche2
- Pas de complication : pas de signe de mastoïdite, pas de paralysie faciale, pas de syndrome méningé ni d'autres complications neurologiquesNC

2 Quel est votre traitement ? (présenter sous forme d'une ordonnance) (20)

- Enfant Martin X, 18 mois, 9500 grammes.....1
- 1- Augmentin® poudre pour suspension buvable : 1 dose n°9 trois fois par jour pendant dix jours4
- 2- En cas de température supérieure ou égale à 38,5° C
 - mesures antithermiques : découvrir l'enfant, faire prendre un bain à 2° C en dessous de la température du corps, le faire boire abondamment, enrouler dans des linges humides2
 - et, en alternance toutes les 4 heures administrer :2
 - Efferalgan® sachets à 150 mg, 1 sachet toutes les huit heures, en alternant avec2
 - CatalgineO sachets à 0,10 g, 1 sachet toutes les huit heures2
- 3- Niflurilf suppositoires à 400 mg : 1/2 suppositoire deux fois par jour pendant 5 jours 2
- 4- Désinfection rhinopharyngée avec sérum physiologique type Stérimar®: 1 instillation par narine quatre fois par jour pendant 5 jours2
- Date.....1
- Nom et coordonnées du médecin1
- Signature1

NB : Éviction de la crèche, et, au besoin, fournir un certificat. Surveillance.

NB : Pas de paracentèse dans ce cas car âge supérieur à trois mois, otite non compliquée, non hyperalgique, pas d'hyperthermie persistante, et pas d'immunodépression.

3. Quel(s) examen(s) complémentaires) pratiquez-vous? (10)

- Aucun, le diagnostic est clinique10

4. Martin guérit de cette affection. Vous le revoyez en moyenne une fois tous les deux mois pour la même pathologie à droite et (ou) à gauche. A trois ans, sa maman s'inquiète d'un retard de langage, Martin aime regarder la télévision mais l'écoute très fort. A l'examen : apyrexie, otoscopie tympan gauche épaissi surtout en postéro-supérieur, dépoli, hypervascularisé avec impression de plénitude de la caisse. A droite même aspect. Quel est votre diagnostic clinique ? (10)

- Otite séromuqueuse bilatérale10

5. L'audiogramme tonal met en évidence une surdité de transmission bilatérale de 25 décibels sur les fréquences conversationnelles. L'impédancemétrie montre le tympanogramme suivant: interprétez-le. Quel facteur favorisant de **cette pathologie** est probable chez Martin ? (20)

- Tympanogramme
 - anomalies bilatérales.....2
 - aplati, en dôme (a)3
 - avec pic dévié vers la gauche (vers les pressions négatives) (b).....3
- Témoignant de :
 - épanchement rétrotympanique (a)4
 - dysfonctionnement tubaire (b)4
- Probable hypertrophie adénoïdienne (b).....4

6. Quel est votre traitement ? (20)

- Pallier au déficit tubaire : mise en place d'aérateurs trans-tympaniques (yoyos) bilatéraux 6
- qui s'imposent en cas d'hypoacousie supérieure à 30 décibels pour les deux oreilles, en cas d'otite suppurée récidivante, ou de rétraction tympanique prononcée.....NC
- Traiter les causes favorisantes et en premier lieu : adénoïdectomie si l'hypertrophie des végétations adénoïdiennes se confirme6
- Rééducation orthophonique si nécessaire6
- Surveillance.....2

DOSSIER N°11 : Une tuméfaction jugale aiguë fébrile

Madame V., 25 ans, consulte pour une tuméfaction jugale gauche apparue depuis 48 heures.

Pas d'antécédent particulier.

Examen clinique : Température = 38,9° C. Tuméfaction douloureuse, inflammatoire non collectée jugale gauche. CEdème important atteignant la paupière inférieure gauche avec palpation d'un cordon induré douloureux au niveau du canthus interne gauche. L'oculomotricité est normale, les réflexes photomoteurs sont présents et les pupilles sont symétriques. En bouche, la 23 est mortifiée. Le reste de l'examen clinique est normal.

1. Quel est votre diagnostic? Quels diagnostics différentiels aurait-on pu évoquer ?
2. Quelle complication principale redoutez-vous pour les heures à venir ? Décrivez-en la symptomatologie.
3. Quels examens paracliniques pratiquez-vous ?
4. Quel traitement prescrivez-vous ? décrivez-en les grands principes.
5. Après trois jours de traitement bien conduit, la tuméfaction est devenue collectée. Le cordon induré a disparu. Que faites-vous ?

DOSSIER N°11

1. Quel est votre diagnostic ? Quels diagnostics différentiels aurait-on pu évoquer ? (25)

- Cellulite jugale gauche aiguë suppurée circonscrite.....5
- sur mortification de la canine 235
- Compiquée d'une thrombophlébite faciale superficielle.....5

On pourrait également évoquer

- Staphylococcie maligne de la face (notion de furoncle traumatisé de la face) 5
- Érysipèle (rechercher le bourrelet périphérique).....5

2 Quelle complication principale redoutez-vous pour les heures à venir ? Décrivez-en la symptomatologie. (25)

- Thrombophlébite du sinus caverneux10
- œdème palpébral supérieur et inférieur3
- chémosis.....3
- exophtalmie homolatérale à la thrombose (Puis bilatérale).....3
- atteinte nerveuse avec paralysie successive du nerf abducens (VI), du nerf moteur oculaire commun (III) puis du nerf trochléaire (IV).....3
- puis aréflexie pupillaire, anesthésie cornéenne voire cécité.....NC
- signes d'irritation méningée (et LCR inflammatoire)3

3. Quels examens paracliniques pratiquez-vous ? (20)

- Bilan infectieux
 - hémogramme.....4
 - hémocultures (3 séries) avant antibiothérapie5
 - CRP.....NC
- Bilan étiologique
 - orthopantomogramme5
 - clichés rétroalvéolaires de la 23.2
- Bilan préthérapeutique: avant le traitement anticoagulant
 - groupe-rhésus-recherche d'agglutinines irrégulières NC
 - taux de prothrombine.....2
 - temps de céphaline activée.....2
- Bilan préopératoire
 - en complément du reste : ionogramme sanguin, urémie, créatinine sanguine, glycémie (diabète)..... NC

4. Quel traitement prescrivez-vous ? Décrivez-en les grands principes. (20)

- Hospitalisation en urgence en service de stomatologie.....2
- Antibiothérapie2
 - intraveineuse2
 - double, synergique, bactéricide, après les prélèvements bactériologiques2
 - associant une bêta-lactamine en l'absence d'allergie, ex : Pénicilline GO.....2
 - et un imidazolé, ex : métronidazole.....2
- *Traitement anticoagulant à dose efficace (hypocoagulante), héparines de bas poids moléculaire, ex : enoxaparine2
- Antiseptique pour la cavité buccale, ex : polyvidone iodée buccale2
- Traitement antalgique IV, ex : paracétamol.....2

- Traitement de la cause : extraction de la dent causale2
- Surveillance rapprochée de la mobilité oculaire, des réflexes pupillaires, de l'œdème, de la douleur, de la température, pouls, tension artérielle et de l'aspect de la tuméfaction NC
- Indication d'un drainage chirurgical si collection de la tuméfactionNC

5. Après trois jours de traitement bien conduit, la tuméfaction est devenue collectée. Le cordon induré a disparu. Que faites-vous ? (10)

- Intervention chirurgicale sous anesthésie générale pourNC
- Évacuation de la collection par voie vestibulaire supérieure (incision et drainage) 10
- Traitement de la dent causale s'il n'a pas été fait.....NC
- Surveillance.....NC

DOSSIER N°12 : Une tuméfaction palpébrale supérieure

Mathieu, 5 ans, est amené aux urgences par sa maman car il présente depuis 24 heures une franche asthénie, des céphalées fronto-orbitaires et un oedème du bord interne de l'oeil gauche.

Depuis une semaine, il est traité de façon symptomatique pour une rhino-pharyngite aiguë.

Il a de la fièvre depuis 4 jours.

Antécédents

- Rhinopharyngites à répétition.

- Vaccinations à jour.

Examen clinique : Température = 39° C, pâleur; il existe une rhinorrhée mucopurulente bilatérale, un oedème de la paupière supérieure gauche et un oedème inflammatoire très douloureux du bord interne de l'oeil gauche, sans suppuration conjonctivale ni pus à l'ostium des voies lacrymales.

La mobilité oculaire est normale, les réflexes photomoteurs sont présents sans asymétrie pupillaire. Il n'existe pas d'exophtalmie. L'examen neurologique est normal. La gorge est érythémateuse, les tympans sont normaux. Le reste de l'examen est normal.

1. Quel est votre diagnostic ? Justifiez.
2. Quel bilan paraclinique pratiquez-vous ?
3. Quels sont les complications à redouter ?
4. Quelle est votre attitude thérapeutique immédiate ?
5. Que faut-il prévoir à distance ?

DOSSIER N°12**1. Quel est votre diagnostic ? Justifiez (20)**

- Ethmoïdite aiguë extériorisée.....6
- Notion de rhino-pharyngite tramante.....2
- Âge: 5 ans2
- Fièvre élevée.....2
- Rhinite purulente2
- CEdème palpébral prédominant au niveau du canthus interne, douloureux2
- sans retentissement sur la mobilité oculaire2
- absence de suppuration conjonctivale éliminant une dacryocystite.....2

2 Quel bilan paraclinique pratiquez-vous ? (20)

- Bilan du syndrome infectieux
 - hémogramme.....3
 - hémocultures sur milieu aéro-anaérobie3
 - prélèvement de pus nasal pour examen bactériologique.....2
 - recherche d'antigènes solubles d'*Haemophilus Influenzae* dans le sang et les urines2
 - demande d'antibiogramme pour tous les examens bactériologiques2
 - CRP, vitesse de sédimentation.....NC
- Bilan radiologique
 - l'incidence de Blondeau2
 - incidence face haute (nez-front-plaque)2
 - tomodensitométrie crânio-faciale avec des coupes axiales et si possibles coronales4
- Bilan préopératoire : groupe sanguin, rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières, ionogramme sanguin, taux de prothrombine, temps de céphaline activé, glycémie.....NC

NB : Ponction lombaire si apparition d'un syndrome méningé.

3. Quelles sont les complications à redouter? (20)

- Extension à l'orbite :2
 - cellulite aiguë orbitaire.....2
 - abcès palpébral ou sous-périosté2
 - phlegmon orbitaire.....2
 - névrite optique rétro-bulbaire.....2
 - au maximum fonte purulente de l'œil2
- Méningite aiguë2
- Abcès cérébral.....2
- Thrombophlébite du sinus caverneux2
- *Atteinte des paires crâniennes : troisième et quatrième paires en particulier2
- Septicémie.....NC

4. Quelle est votre attitude thérapeutique immédiate? (23)

- Hospitalisation en service de pédiatrie.....1
- Urgence thérapeutique.....NC
- * Antibiothérapie par voie intraveineuse2
 - active sur le *Staphylococcus Aureus* et sur l'*Haemophilus Influenzae*.....2
 - triple, synergique, bactéricide.....2

en l'absence d'allergie ..	
- après les prélèvements bactériologiques	2
-associant bêta-lactamines : Céfotaxime/Claforan@.....	2
- à la posologie de 150 mg/k par 24 heures.....	NC
- Fosfomycine/Fosfocine@.....	2
- à la posologie de 150 mg/k par 24 heures.....	NC
-et un aminoside : Nétilmicine/Nétromicine@.....	2
- à la posologie de 6 mg/k par 24 heures.....	NC
• Voie veineuse périphérique, perfusion de Glucosé : 100 ml/Kg et par 24 heures	NC
• Antalgiques, antipyrétiques (type Prodafalgan@ = 120 mg/Kg/24 heures)	1
* Désinfection rhinopharyngée, ex: Stérimar@.....	1
• Soins locaux de l'oeil gauche	NC
• Surveillance pluriquotidienne de :	1
-température	1
- oedème loca,	1
- mobilité oculaire, réflexe photomoteur, sensibilité cornéenne.....	1
- examen neurologique	1
- normalisation de l'aspect de la rhinorrhée.....	1
- bonne tolérance du traitement	NC

NB : L'évolution sous traitement doit être rapidement favorable en moins de 72 heures.

NB : L'indication de la chirurgie (orbitotomie), s'impose d'emblée ou après surveillance s'il existe une collection intra-orbitaire sur le TDM et/ou s'il existe un ou plusieurs des signes cliniques suivants : anesthésie cornéenne, ophtalmoplégie, mydriase aréactive.

5. Que faut-il prévoir à distance ? (17)

• Adénoïdectomie au décours de l'épisode infectieux pour éviter tout risque de récurrence	11
• Éviction de la crèche	3
• Bilan des infection à répétition (rechercher une atopie, une carence martiale, un reflux gastro-césophagien, un déficit immunitaire)	3

DOSSIER N°13: Une otalgie de l'adulte

Monsieur Y., 68 ans, consulte pour otalgies gauches et odynophagie depuis 2 mois. Il vous signale que depuis 15 jours, il ouvre moins bien la bouche.

Antécédents : hypertension artérielle traitée par TénormineO, tabagisme à 25 paquets-année, consommation d'alcool : 1 litre de vin à 10° par jour depuis 7 ans environ.

Examen clinique : tension artérielle = 150/90 mmHg, pouls = 55/mn.

Trismus modéré. Lésion bourgeonnante de l'amygdale gauche de 2 cm de diamètre, douloureuse, indurée, infiltrant le tissu cellulaire sous-jacent. Bonne mobilité du palais mou, protraction de la langue normale.

Mauvais état dentaire, mobilité de la 33 avec lésion gingivale suspecte ulcérée en regard.

Une adénopathie dure sous-digastrique gauche de 3 cm de diamètre. Tympons normaux.

1. Caractérisez la tumeur amygdalienne selon la classification TNM.
2. Comment confirmer le diagnostic ?
3. Quelle sera la stratégie thérapeutique si la malignité des lésions de l'amygdale et de la gencive est confirmée ?
(Décrivez-en les grands principes).
4. Les suites opératoires sont simples. 6 mois plus tard, le patient se plaint de violentes douleurs mandibulaires droites. L'examen retrouve une ulcération gingivale vestibulaire à bords non indurés laissant l'os à découvert. L'orthopantomogramme pratiqué est fourni. Quelle est votre interprétation ?
5. Quelle attitude adoptez-vous dans un premier temps ?
6. Le traitement instauré est resté sans effet après un an. Quelle alternative thérapeutique suggérez-vous ?



DOSSIER N°13**1. Caractériser la tumeur amygdalienne selon la classification TNM. (15)**

- T1 N1 MO.....15
- Car tumeur de 2 cmNC
- *Adénopathie unique, homolatérale et de 3 cmNC
- Pas de métastaseNC

2 Comment confirmer le diagnostic ? (20)

- Seul l'examen anatomopathologique des biopsies pratiquées au niveau des lésions confirme le caractère bénin ou malin de la tumeur.....5
- Et permet d'orienter ainsi le geste opératoire.....NC
- Dans ce contexte, une pan endoscopie sous anesthésie générale s'impose15
- On profite de ce geste pour faire des biopsies de la lésion amygdalienne gauche, de la gencive en regard de la 33 et de tout autre lésion suspecte.....NC

3. Quelle sera la stratégie thérapeutique si la malignité des lésions de l'amygdale et de la gencive est confirmée ?

(Décrivez-en les grands principes). (24)

- Bilan d'extension loco-régionale et à distance par l'examen clinique et des examens paracliniques.....NC
- Évaluation clinique, biologique, et échographique du retentissement de l'alcoolisme chroniqueNC
- Sevrage de l'alcool total et définitif en prévenant la survenue d'un delirium tremens (hydratation, sédation, vitaminothérapie B1 B6).....2
- Évaluation du retentissement pulmonaire et cardio-vasculaire du tabagisme (dont des épreuves fonctionnelles respiratoires).....NC
- Sevrage du tabac immédiat et définitif.....2
- Bilan nutritionnel clinique et biologique.....2
- Remise en état de la denture, confection de gouttières fluorées avant la radiothérapie externe transcutanée4
- Bilan des fonctions cardio-vasculaire, neurologique et rénale avant chimiothérapie par 5FU et Cisplatine..2
- En fonction de l'opérabilité du patient, il sera pratiqué ensuite une intervention chirurgicale
 - bucco-pharyngectomie transmaxillaire4
 - avec lambeau de reconstruction myocutané.....NC
 - et curage ganglionnaire gauche.....4
 - associé à une chimiothérapie.....NC
 - et à une radiothérapie externe transcutanée dirigée sur l'oropharynx et les aires ganglionnaires cervicales4

4. Les suites opératoires sont simples. 6 mois plus tard, le patient se plaint de violentes douleurs mandibulaires droites. L'examen retrouve une ulcération gingivale vestibulaire à bords non indurés laissant l'os à découvert. L'orthopantomogramme pratiqué est fourni. Quelle est votre interprétation ? (11)

- Ostéoradionécrose mandibulaire droite.....11

NB : Il faut bien sûr éliminer une récurrence tumorale locale.

5. Quelle attitude adoptez-vous dans un premier temps? (20)

- Biopsie de la lésion ulcérée5
- après un bilan d'hémostaseNC
- pour examen anatomopathologiqueNC
- afin d'éliminer toute récurrence tumorale localeNC
- Si confirmation de la nécrose : antibiothérapie en cures alternées en perfusion puis per os10
- associée à des antalgiques5
- Surveillance NC

6. Quelle alternative thérapeutique suggérez-vous ? (10)

- Traitement chirurgical : séquestrectomie ou résection osseuse (par voie endobuccale en passant au-delà des limites de la zone irradiée).....10
- Surveillance.....NC

DOSSIER N°14: Une dysphonie chronique

Monsieur X., 58 ans, vous consulte pour une dysphonie. Depuis un an, son entourage a en effet noté un enrouement et depuis quelques semaines sa voix s'est notablement modifiée, bitonale et étouffée.

Antécédents : Angine de poitrine à l'effort traitée par TénormineO. Pas d'antécédents chirurgicaux.

Tabagisme à 35 paquets-année. Consommation alcoolique : 1 verre de vin par jour.

Examen clinique : Tension artérielle = 150/90 mmHg, pouls = 60/mn, poids = 71 kg.

Lichen plan de la cavité buccale prédominant sur les muqueuses jugales et la langue sans lésion suspecte.

L'état dentaire est médiocre, de nombreuses dents sont cariées et mortifiées et il existe une parodontopathie.

La laryngoscopie indirecte retrouve une lésion bourgeonnante de la corde vocale droite avec immobilité de l'hémilarynx homolatéral. Pas d'adénopathie. Le reste de l'examen est normal.

1. Quel est votre diagnostic précis ? Justifiez.
2. Quels examens paracliniques pratiquez-vous pour compléter le bilan de cette lésion?
3. Que faut-il faire avant une éventuelle radiothérapie transcutanée externe ?
4. Quelle est la conduite thérapeutique ?
5. Quelles sont les complications possibles de la radiothérapie transcutanée externe ?

DOSSIER N°14**1. Quel est votre diagnostic précis ? Justifiez (20)**

- Cancer de la corde vocale droite6
- au stade T3 NO MO.....6
- bien que seul l'examen anatomopathologique d'une biopsie de la lésion puisse confirmer le diagnostic NC
- Car : contexte de dysphonie persistante.....2
- Chez un fumeur (consommation importante).....2
- Lésion endoscopique très suspecte de malignité2
- Homme âgé de 58 ans.....2
- Pas d'adénopathie à l'examen clinique.....NC
- Pas de métastaseNC

2 Quels examens paracliniques pratiquez-vous pour compléter le bilan de cette lésion? (20)

- Panendoscopie sous anesthésie générale6
- permettant de pratiquer des biopsies de la lésion, de toute autre lésion suspecte pour examen anatomo-
mopathologique2
- et de rechercher une seconde localisation.....2
- Scanner cervicofacial sans et avec injection de produit de contraste6
- Bilan d'extension à distance
- radiographie pulmonaire.....2
- bilan hépatique biologique et échographique.....2

3. Que faut-il faire avant une éventuelle radiothérapie externe transcutanée ? (20)

- Remise en état complète de la cavité buccale4
- auprès d'un stomatologueNC
- après analyse d'un orthopantomogramme.....2
- Traitement de tous les foyers infectieux dentaires.....5
- traitement des caries, extraction des dents présentant un kyste ou un granulome apical2
- traitement de la parodontopathie, détartrage si nécessaire.....2
- pour certains extraction de toutes les dents situées dans le champ d'irradiation NC
- confection de gouttières fluorées de protection5

4. Quelle est la conduite thérapeutique ? (20)

- Sevrage immédiat, total et définitif de l'intoxication tabagique4
- Arrêt de l'alcool2
- Renutrition si nécessaire.....2
- Kinésithérapie respiratoire préopératoire2
- Intervention chirurgicale après préparation complète du patient.....NC
- laryngectomie totale (avec trachéotomie)4
- avec curage ganglionnaire bilatéral.....2
- et examen anatomopathologique des pièces opératoires.....2
- Radiothérapie externe transcutanée adjuvante2
- 65 à 75 Grays en 6 à 7 semaines..... NC
- surtout en fonction des résultats anatomopathologiques et en particulier de l'existence d'un
envahissement ganglionnaire histologiqueNC
- Surveillance postopératoire et à vie pour détecter toute récurrence locale, une seconde localisation,
une métastase et une complication inhérente au traitementNC

5. Quelles sont les complications possibles de la radiothérapie externe transcutanée ? (20)

• Radiodermite	2
• Radiomucite.....	3
• Candidose buccale.....	3
• Xérostomie (hypo- ou a-sialie)	3
• CEdème laryngé	2
• CEdème cervical résiduel	2
• Nécrose cutanée, muqueuse, mandibulaire (ostéoradionécrose) ou dentaire	3
• Sclérose des tissus cutanés et sous-cutanés	2

DOSSIER N°15 : Une lésion bourgeonnante de l'hypopharynx

Monsieur D., 62 ans, consulte pour asthénie évoluant depuis plusieurs mois. Il a perdu 6 kg en 5 mois.

Antécédents

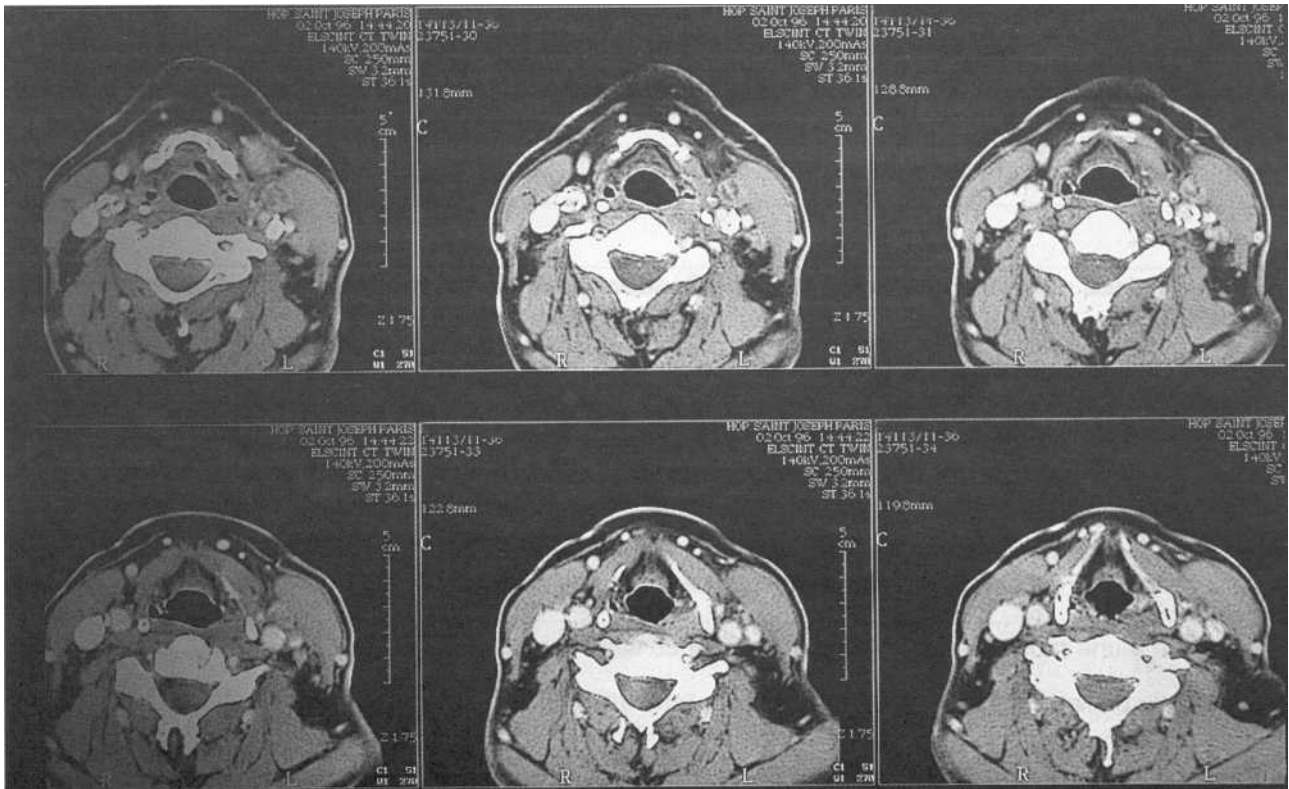
- Infarctus du myocarde il y a 2 ans.
- Artériopathie des membres inférieurs.
- Tabagisme : 25 cigarettes par jour depuis 40 ans.
- Alcool : 3 litres de vin à 10° et 500 ml de bière à 5° par jour depuis 6 ans environ.

Examen clinique : Tension artérielle = 140/65 mmHg, pouls = 60/mn, poids = 55 kg.

Mauvais état général, patient dénutri. Cavité buccale : mauvais état dentaire avec nombreux foyers infectieux, lichen plan essentiellement palatin et lingual.

La fibroscopie réalisée en consultation montre une lésion bourgeonnante, ulcérée de 4,5 cm de diamètre au niveau du sinus piriforme latéralisée à gauche avec fixité de l'hémilarynx gauche. Il existe une adénopathie jugulocarotidienne gauche dure, sensible, peu mobile, de 2 cm de diamètre.

1. Quelle est la consommation quotidienne d'alcool et la consommation de tabac ?
2. Quel bilan paraclinique pratiquez-vous pour explorer cette tumeur ?
3. Quelle(s) anomalie(s) relevez-vous sur le scanner cervical (avec injection) de monsieur D. ?
4. Caractérisez cette tumeur selon la classification TNM. Faut-il pratiquer un geste chirurgical ? Détaillez.
5. Quelle est la surveillance clinique et paraclinique ultérieure ?
6. Quel est le pronostic de cette tumeur après traitement ?



DOSSIER N°15

1. Quelle est la consommation quotidienne d'alcool et la consommation de tabac ? (20)

- Consommation d'alcool
 - volume d'alcool consommé par jour = $3000 \times 0,10 + 500 \times 0,05 = 325$ ml d'alcool.....NC
 - densité de l'alcool = 0,8.....NC
 - masse d'alcool consommée par jour= $325 \times 0,8 = 260$ grammes d'alcool pur.10
- Consommation de tabac
 - (nombres de cigarettes par jour x nombres d'années) / 20 = $25 \times 40 / 20 = 50$ NC
 - monsieur D. a consommé 50 paquets-année10

2 Quel bilan paraclinique pratiquez-vous pour explorer cette tumeur ? (20)

- Pan endoscopie sous anesthésie générale afin de réaliser des biopsies pour examen anatomopathologique, de la lésion et de toutes lésions suspectes et permettant également de rechercher une seconde localisation.....10
- Bilan d'extension local
 - orthopantomogramme2
 - scanner cervico-facial sans et avec injection4
- Bilan d'extension à distance
 - bilan hépatique biologique et échographique.....2
 - radiographie pulmonaire.....2
- Scintigraphie osseuse et scanner cérébral sont non systématiques et prescrits en fonction de l'examen clinique.....NC

3. Quelle(s) anomalies) relevez-vous sur le scanner cervical (avec injection) de monsieur D. ? (10)

- Adénopathie préjugulaire gauche.....5
- Hétérogène, à centre hypodense, nécrotique.....5

4. Caractérisez cette tumeur selon la classification TNM. Faut-il pratiquer un geste chirurgical ? Détaillez. (20)

- Il s'agit d'une tumeur au stade T3N1 MO car10
 - taille supérieure à 4 cm.....NC
 - fixité d'un hémilarynx.....NC
 - un ganglion homolatéral de moins de 3 cmNC
 - absence de métastase clinique.....NC
- Le geste chirurgical dépendra de l'état clinique du patient.....2
 - celui-ci consiste en une pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire gauche (et trachéostomie).....4
 - associée à une radiothérapie externe transcutanée adjuvante.....2
- Si l'état du patient ne permet pas l'intervention, une radiothérapie externe seule sera réalisée2

5. Quelle est la surveillance clinique et paraclinique ? (20)

- Surveillance à vie afin de détecter précocement toute récurrence locale, une seconde localisation, une métastase et une complication thérapeutique.....2
- Surveillance clinique avec examen ORL tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois2
- trachéostomie le cas échéant.....2

- phonation	2
- déglutition	2
- adénopathies	2
- deuxième localisation ORL.....	2
- douleurs osseuses, hépatomégalie... ..	NC
• Surveillance paraclinique tous les 6 mois adaptée à l'examen clinique	2
- radiographie pulmonaire tous les 6 mois	2
- scanner cervico-facial prescrit en fonction de l'examen clinique	2

6. Quel est le pronostic de cette tumeur après traitement ? (10)

• Après un traitement radio-chirurgical le pronostic est de 30% de survie à 5 ans.....	5
• Si radiothérapie seule le pronostic est de 5% à 5 ans	5

DOSSIER N°16: Cancer du plancher buccal

Monsieur Georges F., 69 ans, ancien barman, est adressé par son dentiste pour une tuméfaction irrégulière de la partie antérieure du plancher buccal.

On retrouve une intoxication alcoolo-tabagique ancienne importante dont monsieur F. n'est actuellement pas sevré.

Antécédent : pas d'autre pathologie connue mais suivi médical très irrégulier.

L'examen clinique endobuccal montre une denture en très mauvais état, avec des dents délabrées et une parodontite généralisée. La lésion se présente comme une tuméfaction irrégulière ulcéro-bourgeonnante, saignant au contact, mesurant 4,5 x 2 cm, au niveau de la partie antérieure droite du plancher buccal, envahissant la partie voisine de la langue ainsi que le versant lingual de la mandibule.

L'examen du pharynx et du larynx ne montre pas d'anomalie et le reste de la muqueuse buccale est indemne de lésion.

1. Quel complément d'examen clinique est indispensable à réaliser et dans quel(s) but(s) ?
2. L'examen anatomopathologique d'une biopsie pratiquée il y a quelques jours confirme la nature maligne du prélèvement. Quels examens paracliniques demandez-vous dans le cadre du bilan d'extension loco-régional ?
3. Une exploration des voies aéro-digestives supérieures est à réaliser, dans quel(s) but(s) ?
4. L'examen anatomopathologique des pièces opératoires confirme le diagnostic et l'envahissement loco-régional par un carcinome épidermoïde. Quels sont les renseignements complémentaires demandés à l'examen histologique concernant la pièce d'exérèse et les adénopathies envahies ?
5. Quelle est votre stratégie thérapeutique ?

DOSSIER N°16

1. Quel complément d'examen clinique est indispensable à réaliser et dans quel(s) but(s) ? (20)

- Palpation protégée endobuccale.....4
- recherchant une induration profonde, témoin de l'infiltration locale de la tumeur 2
- Palpation des aires ganglionnaires cervicales2
- à la recherche d'adénopathies métastatiques.....2
- dont on précise le siège, le nombre, et les caractères (taille, consistance, limites, mobilité par rapport à la peau et aux plans profonds, aspect de la peau en regard, indolence ou non) 2
- Recherche de métastases.....2
- palpation du foie1
- examen neurologique.....1
- douleurs osseuses.....1
- Résultats de l'examen consignés sur un schéma daté et signé.....1
- Examen ORL à compléter par une laryngoscopie indirecte pour rechercher une seconde localisation2

2 L'examen anatomo-pathologique d'une biopsie pratiquée il y a quelques jours confirme la nature maligne du prélèvement. Quels examens paracliniques demandez-vous dans le cadre du bilan d'extension loco-régional ? (20)

- Orthopantomogramme8
- à la recherche d'une extension osseuse localeNC
- Examen tomodensitométrie cervico-facial sans et avec injection de produit de contraste 12
- permettant une exploration plus précise de la région faciale et cervicale antérieure NC
- à la recherche d'un envahissement osseux, des parties molles et d'adénopathiesNC

3. Une exploration des voies aéro-digestives supérieures est à réaliser, laquelle et dans quels) but(s) ? (20)

- Pan endoscopie (cavoscopie, laryngoscopie directe, bronchoscopie, œsophagoscopie) sous anesthésie générale.....10
- Qui permet de rechercher d'autres lésions suspectes.....5
- Et d'en pratiquer des biopsies pour examen anatomopathologique.....5

4. L'examen anatomopathologique des pièces opératoires confirme le diagnostic et l'envahissement loco-régional par un cancer. Quels sont les examens complémentaires demandés à l'examen histologique concernant la pièce d'exérèse et les adénopathies envahies ? (20)

- Sur la pièce d'exérèse
 - taille exacte de la tumeur2
 - type histologique exact.....3
 - degré de différenciation de la tumeur.....2
 - limites de la tumeur atteignant ou non les recoupes chirurgicales3
 - embois vasculaires et/ou lymphatiques.....2
 - envahissement des structures adjacentes3
- Sur les adénopathies envahies
 - nombre, siège, taille2
 - rupture capsulaire.....3

5. Quelle est votre stratégie thérapeutique ? (ZO)

• Mise en condition du patient avant une intervention chirurgicale et radiothérapie externe :.....	NC
- sevrage total et immédiat de l'intoxication alcoolo-tabagique	2
- prévention du delirium tremens.....	2
- kinésithérapie respiratoire	1
- remise en état de la cavité buccale, confection de gouttières fluorées	2
- renutrition.....	2
• Intervention chirurgicale dans le cas présent	
- pelvi-mandibulectomie	3
- avec curage ganglionnaire homolatéral	3
• Radiothérapie transcutanée externe postopératoire	5
- d'autant qu'il existe une rupture capsulaire sur l'examen anatomopathologique des adénopathies	NC
• Éventuellement chimiothérapie néo-adjuvante.....	NC
• Surveillance.....	NC

DOSSIER N°17 : Une jeune femme sourde

Madame Tr., 29 ans, vous consulte pour des acouphènes bilatérales évoluant depuis plusieurs mois, aggravées depuis la naissance de son fils, prédominant à droite, à type de bourdonnements intermittents de timbre grave. La patiente a par ailleurs noté une amélioration de son ouïe dans les ambiances bruyantes.

Elle ne présente aucun antécédent particulier et ne prend aucun traitement.

Elle vous signale seulement que sa mère a subi une intervention chirurgicale au niveau de l'oreille gauche il y a quelques années.

L'otoscopie au niveau des deux oreilles est normale. Le reste de l'examen otologique retrouve:

En acoumétrie, un Weber latéralisé à droite, un Rinne négatif des deux côtés.

Le reste de l'examen clinique est sans particularité, notamment pas d'anomalie neurologique.

En audiométrie tonale liminaire, il existe une hypoacousie mixte droite et une hypoacousie transmissionnelle gauche.

1. Quelle est l'étiologie la plus probable de cette surdité ?
2. Quels sont vos arguments pour évoquer ce diagnostic ?
3. Quelle anomalie typique peut-on trouver sur la courbe de conduction osseuse en audiométrie tonale ?
4. Quel examen, en complément de l'audiométrie tonale liminaire, vient confirmer ce diagnostic et que montre-t-il ?
5. Décrivez brièvement les anomalies en rapport avec cette pathologie sur un plan anatomique.
6. Quel en est le traitement ?
7. Quelle est en principe l'évolution de cette pathologie après traitement ?

DOSSIER N°17**1. Quelle est l'étiologie la plus probable de cette surdité? (15)**

- Otospongiose10
- Bilatérale, prédominant à droite5

2 Quels sont vos arguments pour évoquer ce diagnostic ? (15)

- Terrain : femme jeune.....2
- Sans antécédent de pathologie otologique.....1
- Notion d'antécédent familial : transmission autosomique dominante à pénétrance variable2
- Contexte : aggravation au décours d'une grossesse.....2
- Examen otoscopique évocateur.....NC
- surdité à tympan normal2
- bilatérale et asymétrique1
- transmissionnelle d'un côté et mixte de l'autre.....2
- Pas d'anomalie de l'examen neurologique.....1
- Amélioration paradoxale de l'audition dans le bruit: paracousie de Willis2

3. Quelle anomalie typique peut-on trouver sur la courbe de conduction osseuse en audiométrie tonale ? (10)

- Encoche sur la fréquence 2000 Hertz.....10
- Ou encoche de Carhart.....10

4. Quel examen, en complément de l'audiométrie tonale liminaire, vient confirmer ce diagnostic et que montre-tel ? (15)

- L'étude du réflexe stapédien ou test de Metz9
- Après tympanométrie1
- confirme le diagnostic car il montre l'absence de réflexe stapédien.....2
- ce qui signe le blocage platinaire.....NC
- par ankylose stapédo-vestibulaire.....1
- Peut montrer également un effet on-off au début de la maladie2

5. Décrivez brièvement les anomalies en rapport avec cette pathologie sur un plan anatomique. (15)

- Ostéodystrophie primitive du labyrinthe osseux.....3
- qui réalise une ankylose stapédo-vestibulaire.....9
- par fixation de la platine de l'étrier dans la fosse ovale3

NB : Hypothèse d'une origine enzymatique actuellement la plus vraisemblable.
Transmission autosomique dominante à pénétrance et expressivité variables .
Sans doute facteurs endocriniens (atteinte plus fréquente chez les femmes).

6. Quel en est le traitement ? (15)

- Le traitement est micro chirurgical2
- après avoir quantifié la surdité par l'audiométrie : intérêt médico-légal pré-opératoire2
- et corrige les conséquences de l'otospongiose mais pas la maladie de fond NC
- Consiste en une platinotomie ou en une platinectomie partielle ou totale6
- et rétablissement de l'effet columellaire par mise en place d'un piston en téflon
(extrémité supérieure sur l'enclume, tandis que l'autre extrémité est au contact de l'oreille interne) 5

NB : Un traitement par Fluorure de sodium peut être utilisé lorsqu'une intervention chirurgicale est contre-indiquée

7. Quelle est en principe l'évolution de cette pathologie après traitement ? (15)

- Disparition de la surdité de transmission5
- Résultats très bon dans 98 % des cas.....5
- Mais risque de développement d'une surdité de perception endocochléaire, de degré variable,
par labyrintisation.....5

DOSSIER N°18: Conduite à tenir devant une épistaxis

Un jeune garçon de 14 ans vous consulte en urgence pour une épistaxis récidivante depuis le matin, de survenue spontanée.

Antécédent : aucun.

Pas de prise médicamenteuse.

Il vous signale qu'il saigne facilement du nez depuis l'enfance.

Examen clinique : État hémodynamique stable. Tension artérielle: 130/70. Pouls: 80/mn.

Épistaxis de moyenne abondance avec écoulement antérieur.

1. Quels sont les gestes simples à pratiquer dans l'immédiat ?
2. Que faire si ces manoeuvres simples ne suffisent pas ? Expliquez brièvement la technique.
3. Si le saignement persiste ou s'il y a une mauvaise tolérance hémodynamique, quelle est l'alternative au traitement précédent ?
4. Quels réseaux artériels vascularisent les fosses nasales ?
5. Quel examen peut être utile devant une épistaxis abondante qui ne cède pas malgré les gestes hémostatiques locaux ?
6. Quelle est la cause la plus fréquente des épistaxis de l'enfant et du sujet jeune ? Que faire à distance des épisodes hémorragiques en cas de récurrences fréquentes ?

DOSSIER N°18**1. Quels sont les gestes simples à pratiquer dans l'immédiat ? (20)**

- Calmer le patient et le rassurer.....2
- Position demi-assise2
- Faire moucher doucement pour éliminer les caillots.....2
- Mise en place de d'une mèche de Xylocaïne* naphtazolinée dans chaque fosse nasale (permet une anesthésie locale et une rétraction de la muqueuse).....2
- Examen des fosses nasales au spéculum et de la cavité buccale à l'abaisse-langue, après ablation des mèches, pour évaluer l'importance du saignement et en détecter la cause éventuelle 2
- Faire pencher la tête en avant2
- Compression bidigitale des deux ailes du nez pendant au moins 10 minutes 2
- Surveiller la bonne tolérance hémodynamique.....2
- Après 15 à 20 minutes, nouvel examen pour vérifier l'arrêt du saignement 1
- Si tarissement : mécher les deux fosses nasales pendant 48 heures sous couverture antibiotique1
- Retour à domicile à condition que le patient puisse être surveillé par un tiers1
- Si persistance du saignement : tamponnement antérieur.....1

2 Que faire si ces manoeuvres simples ne suffisent pas ? Décrivez brièvement la technique. (20)

- Faire un tamponnement antérieur.....8
- Il se fait en ambulatoire à condition que l'on obtienne l'arrêt du saignement NC
- Sous couverture antibiotique type Amoxicilline, sauf allergie, pendant toute la durée du méchage 2
- Et après examen des fosses nasales au spéculum et de la cavité buccale à l'abaisse-langue pour évaluer l'importance du saignement et en détecter la cause éventuelle2
- Le tamponnement est uni-ou mieux bilatéral, et se fait avec des mèches résorbables (type Surgicel®) ou non résorbables (type tulle gras®).....2
- A l'aide d'une pince et sous contrôle de la vue à l'aide d'un spéculum de Killiam et avec un bon éclairage, la mèche est tassée dans la fosse nasale d'arrière en avant depuis la choane jusqu'au vestibule narinaire et du toit de la fosse nasale au plancher.....NC
- Il est laissé en place environ 48 heures.....1.....4

3. Si le saignement persiste ou s'il y a une mauvaise tolérance hémodynamique, quelle est l'alternative au traitement précédent ? (20)

- Dans ce cas il faut pratiquer un tamponnement postérieur.....5
- Hospitalisation du patient en urgence en service d'ORL2
- Mise en place d'une voie d'abord périphérique pour perfusion de glucosé et/ou de macromolécules2
- Calmer le patient1
- Mettre en position demi-assise1
- Surveillance clinique rapprochée et par monitoring en continu (pouls et tension artérielle)1
- Bilan biologique à prélever en urgence : Groupe Rhésus RAI, hémogramme, bilan d'hémostase, bilan pré-opératoire.....2
- Le tamponnement postérieur peut être uniquement unilatéral si l'hémorragie est unilatérale NC
- Il se fait à l'aide d'une sonde spéciale à double ballonnets, avec une simple sonde urinaire ou avec des tampons de mèche grasseNC
- De préférence sous prémédication, on introduit la sonde ballonnets dégonflés dans la fosse nasale, puis on gonfle d'abord le ballonnet postérieur (= choanal), puis le ballonnet antérieur (= fosse nasale) NC
- Antibiothérapie per os type Amoxicilline en l'absence d'allergie pendant toute la durée du tamponnement.....2
- Les ballonnets doivent être enlevés au bout de 48 heures et le ballonnet postérieur dégonflé quelques minutes toutes les huit heures pour limiter les risques d'ischémieNC
- Si le tamponnement est réalisé avec une simple sonde ou avec des tampons de mèche grasse, il faut le compléter avec un tamponnement antérieur2
- Si récurrence de l'hémorragie, faire un nouveau tamponnement postérieur et envisager une embolisation2

4. Quels réseaux artériels vascularisent les fosses nasales ? (10)

- Réseau de la carotide externe : l'artère maxillaire interne.....3
 - donne l'artère sphéno-palatine (qui pénètre dans la fosse nasale au trou sphéno-palatin en arrière du cornet moyen), qui donne l'artère naso-palatine pour la cloison et les artères nasales moyenne et inférieure pour la paroi externe3
 - et l'artère de la sous-cloison.....2
- Réseau de la carotide interne
 - artères ethmoïdales antérieure et postérieure qui pénètrent au toit de la cavité nasale 2
 - Ces réseaux sont abondamment anastomosés notamment au niveau de la tâche vasculaire située à la partie antéro-inférieure de la cloison nasale (siège de prédilection des épistaxis)NC

NB : De plus, les artères nasales sont pauvres en fibres contractiles, ce qui favorise l'hémorragie.

5. Quel examen peut être utile devant une épistaxis abondante qui ne cède pas malgré les gestes hémostatiques locaux ? (10)

- En dernier recours, on peut pratiquer une artériographie supra-sélective, qui permettra de pratiquer une embolisation de l'artère responsable de l'hémorragie10

NB : on peut pratiquer une ligature des artères maxillaires internes, sphéno-palatines, ethmoïdales antérieures ou postérieures avec de bons résultats sous anesthésie générale.

La ligature de la carotide externe est à proscrire car elle interdit toute embolisation ultérieure.

6. Quelle est la cause la plus fréquente des épistaxis de l'enfant et du Sujet jeune ? Que faire à distance des épisodes hémorragiques en cas de récurrences fréquentes ? (20)

- Les épistaxis du sujet jeune sont dans la majorité des cas, essentielles, liées à une hémorragie de la tâche vasculaire.....15
- *Toujours penser à la possibilité d'un fibrome naso-pharyngien chez l'adolescentNC
- En cas de récurrence on peut pratiquer une cautérisation thermique (thermocautère) ou chimique (au nitrate d'argent ou à l'acide chromique au tiers)5
- La cautérisation se fait 8 à 10 jours après un épisode hémorragique.....NC

DOSSIER N°19 : Une angine de l'enfant

La petite Martine, 7 ans, est amenée en consultation par sa mère qui pense à une angine. En effet, depuis la veille au soir, elle se plaint d'une douleur pharyngée augmentant à la déglutition, avec une fièvre à 38,7° C. Le pharynx est érythémateux de manière homogène, les amygdales sont tuméfiées. Il existe des adénopathies sous digastriques bilatérales.

Le reste de l'examen clinique est normal.

1. La présence bilatérale sur les amygdales de vésicules, associée à un érythème papulo-vésiculeux des pieds et des mains vous aurait évoqué quel diagnostic ?
2. Quels sont les examens complémentaires indispensables à demander dans ce cas ?
3. La NFS montre une hyperleucocytose à polynucléaires. Quel diagnostic retenez-vous ? Justifiez.
4. Quel est votre traitement de première intention en sachant que cette petite fille a présenté un choc anaphylactique avec une pénicilline A ?
5. Il s'agit en fait de la 8^e angine de ce type chez Martine. A l'examen clinique, les amygdales sont cryptiques et hypertrophiques, gênant la respiration. Quel traitement complémentaire proposez-vous ?

DOSSIER N°19

1. La présence bilatérale sur les amygdales de vésicules, associée à un érythème papulo-vésiculeux des pieds et des mains vous aurait évoqué quel diagnostic ? (20)

- Syndrome main-pied-bouche10
- Dû aux coxsackies virus du groupe A (16 en général)10

NB : L'herpangine est une angine vésiculeuse due aux coxsackies A sans éruption des extrémités, touchant l'enfant avant 3 ans.

2 Quels sont les examens complémentaires indispensables à demander dans ce cas ? (20)

- Aucun20

3. La NFS montre une hyperleucocytose à polynucléaires. Quel diagnostic retenez-vous ? Justifiez (

- Angine érythémateuse.....5
- D'origine streptococcique5
- Même si le tableau peut faire évoquer une origine virale.....5
- On considère que l'origine est streptococcique en prévention du rhumatisme articulaire aigu (et de ses complications) et des glomérulonéphrites post-streptococciques.....5

4. Quel est votre traitement de première intention en sachant que cette petite fille a présenté un choc anaphylactique avec une pénicilline A ? (20)

- Macrolide.....8
- Ex. : JosacineO/Josamycine.....2
- Per os2
- 10 jours.....2
- 40 mg/kg/j.....2
- Traitement antithermique et antalgique : paracétamol ou aspirine per os.....2
- Discuter les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les collutoires.....NC
- Surveillance (oubli = 0).....2

NB : Si prescription d'une pénicilline : 0 au dossier.

NB : Si céphalosporine sans mention des 5 % d'allergie croisée : 0 au dossier, sinon, pas de point.

5.11 s'agit en fait de la 8^e angine de ce type chez Martine. A l'examen clinique, les amygdales sont cryptiques et hypertrophiques, **ont** la respiration. Quel traitement complémentaire proposez-vous ? (20)

- Amygdalectomie10
- Chirurgicale5
- Bilatérale.....5

DOSSIER N°20: Des douleurs « d'oreille »

Madame T, 52 ans, consulte pour des douleurs de l'oreille droite survenant par crises, ressenties comme des coups de couteau très brefs, en salves, pendant une trentaine de secondes. Elles laissent ensuite la patiente tranquille pour une période comprise entre cinq minutes et quelques heures. Les douleurs sont décrites comme « atroces ». Tout allait très bien jusqu'il y a deux mois. L'examen otologique est normal. Elle n'a aucun antécédent pathologique, ne boit pas d'alcool, ne fume pas.

1. Quelles sont les causes extra-auriculaires d'otalgies non traumatiques ?
2. La présence de ressauts et craquements de l'articulation temporo-mandibulaire droite à l'ouverture/fermeture buccale vous évoquerait quel diagnostic ? Quel en serait le traitement ?
3. La présence de douleurs amygdaliennes irradiant à l'oreille reproduites par la rotation de la tête du côté gauche, avec une douleur à la palpation endobuccale de la styloïde droite vous évoquerait quel diagnostic ?
4. En fait, il existe des douleurs amygdaliennes et rétro-angulo-maxillaires qui irradient à l'oreille droite. L'examen endobuccal et neurologique est parfaitement normal (ainsi que le reste de l'examen clinique) mais la palpation de l'amygdale droite reproduit la douleur qui a amené la patiente à consulter. Quel est votre diagnostic ?
5. Quel est votre traitement de première intention ?

DOSSIER N°20**1. Quelles sont les causes extra-auriculaires d'otalgies non traumatiques ? (20)**

• Dents : caries, péricoronarite de dent de sagesse.....	2
• Glossites, stomatites, aphtes, ulcérations pharyngées.....	2
• Cancer de la langue, du plancher buccal, amygdale, sillon amygdaloglosse, base de langue, vallécule, hypopharynx, sinus piriforme, margelle laryngée.....	6
• Cancer du cavum	1
• Syndrome de la styloïde longue.....	1
• Syndrome algodysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire.....	2
• Pharyngites, angines, amygdalites, phlegmons périamygdaliens et rétropharyngés, corps étrangers pharyngés	2
• Parotidites, sous maxillites.....	2
• Névralgies du trijumeau, du glossopharyngien, d'Arnold.....	2
• Adénites (sous digastriques en particulier)	NC
• Kystes amygdaloïdes en poussée inflammatoire.....	NC
• Thyroïdites	NC
• Exceptionnellement : origine œsophagienne ou cardiovasculaire.....	NC

2 La présence de ressauts et craquements de l'articulation temporomandibulaire droite à l'ouverture/fermeture buccale vous évoquerait quel diagnostic ? Quel en serait le traitement ? (20)

• SADAM (syndrome algodysfonctionnel de l'articulation temporomandibulaire)	10
• Traitement symptomatique	2
• Antalgiques 7 jours, per os, ex : paracétamol	2
• Myorelaxant 7 jours, per os, ex : thiocolchicoside/Coltramylo.....	2
• Traitement étiologique.....	2
• Restauration de l'articulé dentaire (meulages, gouttières de surélévation) (oubli = 0).....	2

3. La présence de douleurs amygdaliennes irradiant à l'oreille reproduites par la rotation de la tête du côté gauche, avec une douleur à la palpation endobuccale de la styloïde droite vous évoquerait quel diagnostic ? (20)

• Syndrome de la styloïde longue droite.....	20
--	----

4. En fait, il existe des douleurs amygdaliennes et rétroangulornaxillaires qui irradient à l'oreille droite. L'examen endobuccal et neurologique est parfaitement normal (ainsi que le reste de l'examen clinique) mais la palpation de l'amygdale droite reproduit la douleur qui a amené la patiente à consulter. Quel est votre diagnostic ? (20)

• Névralgie du nerf glossopharyngien droit.....	10
• A priori essentielle	10

5. Quel est votre traitement de première intention ? (20)

• Traitement médicamenteux	
• Ex. : Clonazépam/Rivotril.....	8
• Ex. : Carbamazépine/Tégrétol.....	8
• Per os	2
• Surveillance (examen neurologique et ORL régulier) (oubli = 0).....	2

DOSSIER N°21 : Des otites à répétition chez un homme de 25 ans

Monsieur K., 25 ans, originaire du Maroc, consulte pour un ensemble de signes de l'oreille droite : hypoacousie, sensation de plénitude d'oreille, et autophonie. Cela dure depuis maintenant 15 jours. Il n'a pas d'antécédent particulier. L'otoscopie montre un niveau liquide rétrotympanique, un tympan non inflammatoire, le conduit auditif externe est normal. L'acoumétrie au diapason retrouve un Rinne négatif à droite, un Weber mieux perçu à droite qu'à gauche.

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Devant cette affection, quel type de pathologie devez-vous rechercher absolument ?
3. Il existe par ailleurs une obstruction nasale (d'abord intermittente puis permanente) à droite, avec un certain degré de rhinolalie depuis deux à trois semaines. Quelques épistaxis de la narine droite sont notés également. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? Arguments.
4. Le reste de l'examen clinique a donné des arguments en faveur de votre diagnostic, sans signe d'extension. Quels examens paracliniques demandez-vous ?
5. Votre diagnostic est confirmé. Quels sont les principes du traitement ?
6. Qu'aurait montré un tympanogramme dans ce cas ?

DOSSIER N°21**1. Quel est votre diagnostic ? (15)**

- Otite sérumuqueuse chronique droite10
- avec hypoacousie de transmission5

2. Devant cette affection, quel type de pathologie devez-vous rechercher absolument ? (15)

- Pathologie obstructive du cavum10
- Entraînant un dysfonctionnement tubaire5

3. Il existe par ailleurs une obstruction nasale (d'abord intermittente puis permanente) à droite, avec un certain degré de rhinolalie depuis deux à trois semaines. Quelques épistaxis de la narine droite sont notés également. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? Arguments. (15)

- Cancer du cavum3
- Probablement carcinome indifférencié (UCNT)3
- Car
- Ethnie exposée.....2
- Âge fréquent de découverte.....1
- Otite sérumuqueuse chronique2
- Obstruction nasale2
- Rhinolalie.....1
- Épistaxis1

4. Le reste de l'examen clinique a donné des arguments en faveur de votre diagnostic, sans signe d'extension. Quels examens paracliniques demandez-vous ? (15)

- Cavoscopie avec biopsies pour examen anatomopathologique.....3
- *Anticorps anti Epstein Barr Virus.....2
- VCA (virion capside antigen)1
- EA (early antigen)1
- EBNA (Epstein Barr nuclear antigen)1
- Scanner du cavum et de la base du crâne2
- IRM avec injection de gadolinium du cavum et des espaces parapharyngés..... 2
- AudiogrammeNC
- Test de Hess Lancaster (recherche de diplopie infraclinique)NC
- Échographie hépatique1
- Radio de thorax.....1
- Panoramique dentaire (pré-radiothérapie)1

5. Votre diagnostic est confirmé. Quels sont les principes du traitement ? (20)

- Radiothérapie du cavum (60 à 70 Gy en 7 à 8 semaines)10
- Chimiothérapie néoadjuvante à discuter (ex : 5 fluorouracile, cisplatine).....5
- Surveillance à vie (clinique, sérologie, IRM du cavum, radio de thorax, échographie hépatique) (oubli = 0).....5

NB : Chirurgie de rattrapage de résidus ganglionnaires discutée parfois.

6. Qu'aurait montré un tympanogramme dans ce cas ? (20)

- Courbe aplatie (épanchement rétrotympanique).....10
- Pic dévié vers les pressions négatives (dysfonctionnement tubaire)10

DOSSIER N°22: Otorrhée chronique malodorante avec hypoacousie

Monsieur D., 42 ans, consulte pour otorrhée chronique malodorante.

Il a pour antécédents ORL de multiples otites de l'enfance (pour lesquelles il a subi quatre paracentèses, à droite comme à gauche), trois épisodes de perforation tympanique barométrique lors de plongée sous marine en apnée (deux fois à gauche, une fois à droite).

Cette otorrhée de l'oreille gauche a été remarquée par le patient voilà quatre mois, d'abord sur les cotons-tige qui étaient malodorants, puis sur l'oreiller le matin. Une hypoacousie gauche le pousse maintenant à consulter.

Vous mettez en effet en évidence une hypoacousie de transmission à gauche.

1. Comment fait-on cliniquement la différence entre une surdité de transmission et de perception ?
2. A l'otoscopie, vous mettez en évidence une perforation tympanique haute marginale au quadrant postéro-supérieur, à travers laquelle on voit une masse blanc nacré semblant très molle. Quel est votre diagnostic ?
Quels sont les autres aspects habituels de cette pathologie à l'otoscopie ?
3. L'existence d'un vertige avec nystagmus battant vers la gauche en réaction à la compression pneumatique du conduit auditif externe gauche signerait quelle complication ?
4. Quels examens complémentaires demandez-vous ?
5. Quels seront les principes du traitement ?
6. Quelles sont les autres complications auxquelles est exposé monsieur D. ?

DOSSIER N°22

1. Comment fait-on cliniquement la différence entre une surdité de transmission et de perception ? (15)

- Acoumétrie au diapason.....3
- Test de Rinne : négatif en cas de ST (conduction aérienne < conduction osseuse), positif en cas de SP ...4
- Test de Weber: latéralisé du côté atteint en cas de ST, du côté sain en cas de SP4
- Il peut exister un recrutement (parfois dépisté à l'épreuve de fatigabilité à la voix) en cas de SP endocochléaire2
- Une ST pure n'entraîne pas de perte d'audition supérieure à 60 dB2

2 A l'otoscopie, vous mettez en évidence une perforation tympanique haute marginale au quadrant postérieur, à travers laquelle on voit une masse blanc nacré semblant très molle. L'autre tympan est normal. Quel est votre diagnostic ?

Quels sont les autres aspects habituels de cette pathologie à l'otoscopie ? (15)

- Cholestéatome gauche5

Autres aspects habituels

- Perforation haute marginale de la membrane de Schrapnell, laissant voir des débris épidermiques 2
- Atticite cholestéatomateuse (perforation de la membrane de Schrapnell découvrant l'attique remplie de débris épidermiques)2
- Poche de rétraction tympanique postéro-supérieure fixée remplie de débris épidermiques 2
- Polype sentinelle inflammatoire du conduit auditif externe masquant la perforation marginale 2
- Cholestéatome rétrotympanique (tympan fermé refoulé par une masse blanchâtre) 2

NB : Il faut absolument vérifier le tympan controlatéral, attention au zéro.

3. L'existence d'un vertige avec nystagmus battant vers la gauche en réaction à la compression pneumatique du conduit auditif externe gauche signerait quelle complication ? (15)

- Fistule labyrinthique avec le canal semi circulaire externe15

4. Quels examens complémentaires demandez-vous ? (15)

- Audiométrie tonale liminaire5
- Radio de Schuller (profil de mastoïde) bilatérale.....5
- Scanner de l'oreille moyenne en coupes axiale et coronale.....5

5. Quels seront les principes du traitement ? (20)

- Traitement chirurgical4
- exérèse du cholestéatome4
- réhabilitation de l'audition4
- cure de fistule labyrinthique.....4
- sous antibiothérapieNC
- Arrêt de la plongée en apnée.....2
- Surveillance régulière prolongée (oubli = 0)2

6. Quelles sont les autres complications auxquelles est exposé monsieur D. ? (20)

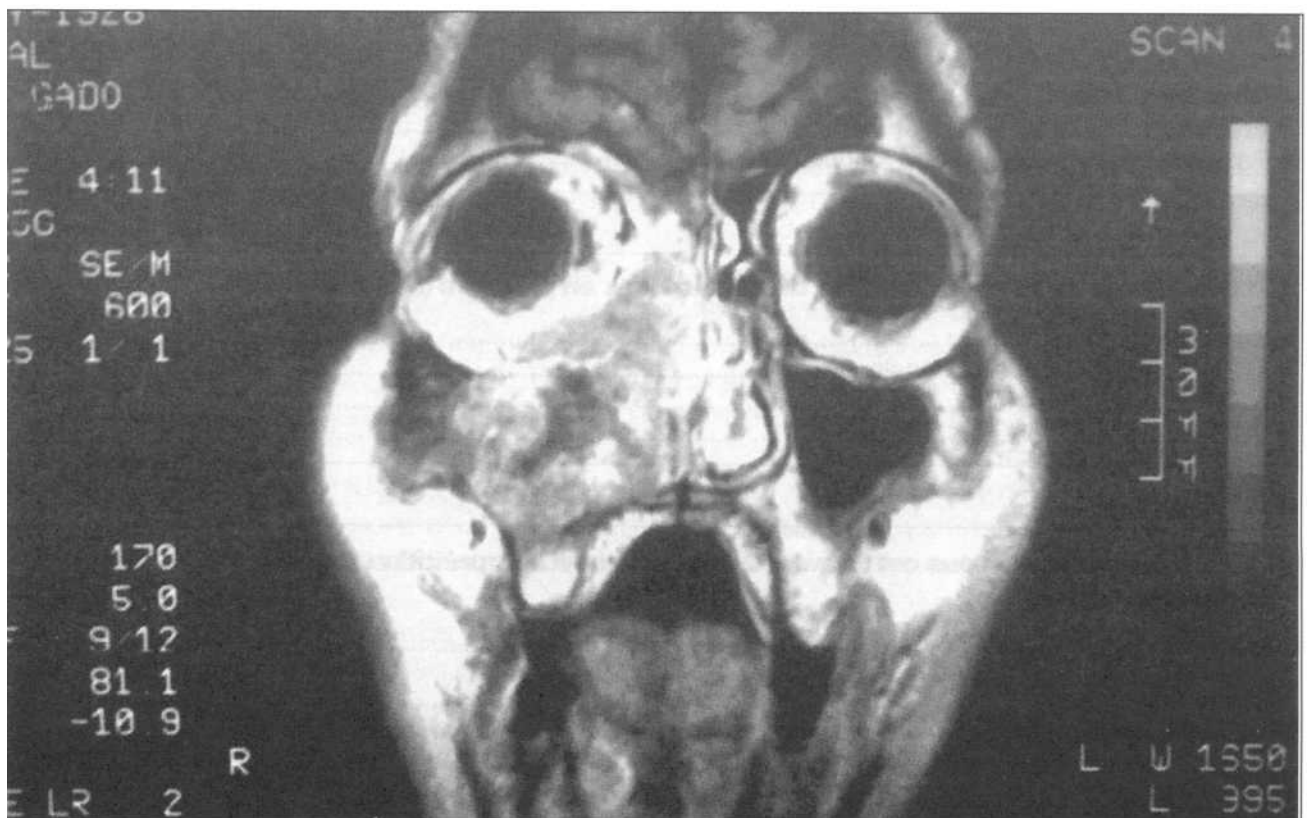
• Infectieuses	3
- surinfection du cholestéatome	2
- labyrinthite aiguë	2
- méningite otogène	2
- abcès cérébral	2
- thrombophlébite du sinus latéral	2
• Paralysie faciale périphérique	2
• Surdit��	3
• R��cidive apr��s chirurgie.....	2

DOSSIER N°23: Un homme de 55 ans consulte pour épistaxis

Monsieur H., 55 ans, consulte pour épistaxis récidivantes depuis 2 mois, au rythme de deux à trois fois par semaine, touchant la narine droite, alors qu'il n'y était pas sujet auparavant. Cet ébéniste a comme antécédents une appendicectomie à 23 ans et un purpura rhumatoïde dans l'enfance sans insuffisance rénale séquellaire. Il fume 1 paquet de cigarettes par jour depuis 25 ans.

A l'examen clinique, le pouls est à 80/mn, la température à 37,4° C, il existe actuellement une épistaxis de faible abondance, avec un jetage postérieur. Les conjonctives sont normalement colorées. L'examen endobuccal (voyant le cavum) est normal. L'examen des fosses nasales au spéculum est normal. L'examen neurologique, cardiovasculaire, pulmonaire, cutané et abdominal est normal.

1. L'existence de gingivorragies vous orienterait vers quel diagnostic ?
2. Il manque à l'examen clinique un élément essentiel ; lequel ?
3. Il existe des causes d'épistaxis ne se révélant quasiment que chez l'enfant. Lesquelles ?
4. Il existe également une obstruction nasale droite d'abord intermittente puis permanente. Quelles sont vos deux principales hypothèses diagnostiques ? Justifiez.
5. Quels examens complémentaires demandez-vous en première intention ?
6. L'imagerie suivante vous est fournie. Quelle est votre interprétation ? Quel est le diagnostic le plus probable ?
7. Quels sont les principes habituels de traitement de cette pathologie ?



IRM en coupe coronale T1 avec gadolinium

DOSSIER N°23

1. L'existence de gingivorragies vous orienterait vers quel diagnostic? (15)

- Thrombopénie10
- Trouble de l'hémostase primaire5

2 Il manque à l'examen clinique un élément essentiel ; lequel ? (11)

- TA.....11

3. 11 existe des causes d'épistaxis ne se révélant quasiment que chez l'enfant. Lesquelles? (15)

- Ectasie de la tache vasculaire.....6
- Polype de Killian.....3
- Angiome nasopharyngien.....3
- Maladie de Rendu Osler3

4. 11 existe également une obstruction nasale droite d'abord intermittente puis permanente. Quelles sont vos deux principales hypothèses diagnostiques ? Justifiez (18)

- Adénocarcinome de l'ethmoïde droit.....5
- Travailleur du bois2
- Cancer du sinus maxillaire droit.....5
- Fumeur.....2

Pour les deux

- Obstruction nasale2
- Épistaxis2
- Pas d'autre cause d'épistaxis évoquée par l'observationNC

5. Quels examens complémentaires demandez-vous en première intention ? (16)

- Cliché de Blondeau4
- TDM facial avec coupes coronale et axiale4
- NFS4
- VS.....4

& L'imagerie suivante vous est fournie. Quelle est votre interprétation ? Quel est le diagnostic le plus probable? (15)

- IRM du cavum en coupe coronale T1 avec gadolinium.....NC
- Image hétérogène2
- en hypersignal relevé par le gadolinium.....2
- avec zone nécrotique centrale en hyposignal2
- Comblant le sinus ethmoïdal droit.....2
- et la quasi-totalité du sinus maxillaire droit2
- Avec destruction des cloisons nasales.....2
- Très évocatrice de cancer ethmoïdal (adénocarcinome en général).....3

7. Quels sont les principes habituels de traitement de cette pathologie ? (10)

- Polychimiothérapie néoadjuvante (dont 5FU et cisplatine en général).....2
- Puis chirurgie : ethmoïdectomie élargie.....2
- Puis radiothérapie complémentaire.....2
- Déclaration de maladie professionnelle indemnisable1
- Exonération du ticket modérateur1
- Surveillance à vie (clinique, IRM des sinus, scanner facial en coupes coronales et axiales) (oubli = 0)...2

DOSSIER N°24: Des épistaxis récidivantes chez un enfant de 13 ans

Mathieu P., 13 ans, est amené par ses parents aux urgences pour épistaxis. Cela lui arrive très souvent depuis plusieurs semaines, toujours de la narine gauche, et sans facteur déclenchant. Il existe également une obstruction nasale gauche depuis deux semaines environ. L'examen clinique de l'enfant est normal en dehors de cette épistaxis moyennement abondante avec jetage postérieur. Pas de gingivorragies.

1. Quelle est la conduite à tenir pour arrêter cette épistaxis ? Hiérarchisez les moyens thérapeutiques.
2. Le saignement est rapidement contrôlé. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?
3. Quel(s) signe(s) de diagnostic positif peut-on trouver à l'examen physique dans ce cas ?
4. Quels examens complémentaires demandez-vous en l'absence de confirmation clinique de votre diagnostic ?
5. Le bilan paraclinique confirme votre impression clinique. Vous optez pour un traitement radical. Ferez-vous une biopsie préopératoire, et si oui, avec quelles précautions ?
6. Quels sont les principes du traitement étiologique ?

DOSSIER N°24

1. Quelle est la conduite à tenir pour arrêter cette épistaxis ? Hiérarchisez les moyens thérapeutiques. (20)

- Mouchage, évacuation des caillots4
- Compression bidigitale des fosses nasales pendant 10 minutes4
- Tamponnement antérieur bilatéral.....3
- Tamponnement postérieur bilatéral3
- Artériographie des branches de la carotide externe avec embolisation artérielle3
- Ligature chirurgicale (artères ethmoïdales antérieure et postérieure, ou maxillaire interne et ses branches) .3

NB : Les tamponnements (antérieur ou postérieur) se font sous antibiothérapie prophylactique.

2 Le saignement est rapidement contrôlé. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? (15)

- Angiofibrome nasopharyngien.....15

3. Quel(s) signe(s) de diagnostic positif peut-on trouver à l'examen physique dans ce cas ? (15)

- Rhinoscopie antérieure et postérieure (endoscopie nasale).....6
- Masse tumorale bourgeonnante.....3
- Implantée en général sur l'orifice choanal3
- Bien vascularisée3

4. Quels examens complémentaires demandez-vous en l'absence de confirmation clinique de votre diagnostic ? (15)

- NFS plaquettes.....5
- Blondeau5
- TDM facial en coupes coronales et axiales5

5. Le bilan paraclinique confirme votre impression clinique. Vous optez pour un traitement radical. Ferez-vous une biopsie préopératoire, et si oui, avec quelles précautions? (15)

- NON.....5
- Biopsie contre-indiquée.....5
- Risque d'hémorragie cataclysmique5

6. Quels sont les principes du traitement étiologique ? (20)

- Artériographie préopératoire.....5
- Avec embolisation artérielle de la lésion (oubli = 0).....5
- Chirurgie d'excision par voie endonasale.....5
- Pas de traitement postopératoire.....NC
- Surveillance épistaxis, obstruction nasale, examen des fosses nasales 5

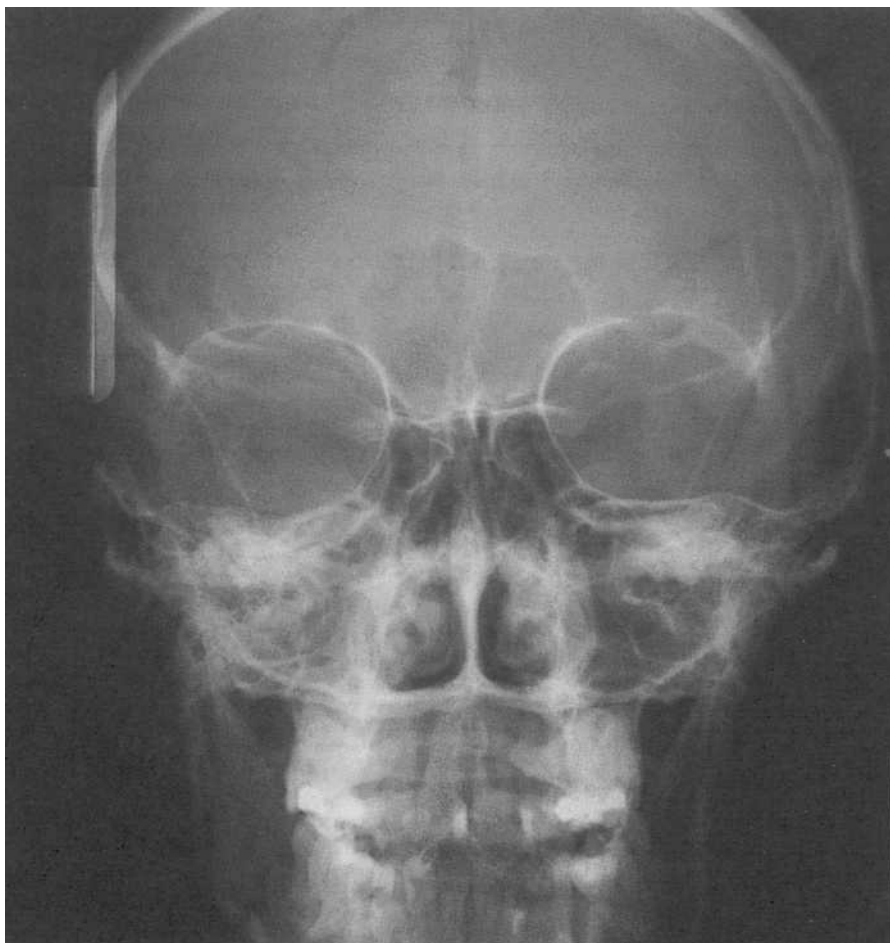
DOSSIER N°25: Un coup de poing violent sur la mâchoire

Monsieur R., 24 ans, consulte aux urgences à 23 heures pour agression à coups de poing (dont un très violent sur la mâchoire à gauche). La pointe du menton est légèrement déviée à droite, ainsi que le point inter-incisif inférieur à l'ouverture/fermeture buccale. Pas de limitation d'ouverture buccale ou de contact molaire prématuré. La palpation de la mandibule met en évidence deux points douloureux exquis : à gauche entre 33 et 34 (avec également un décalage), et à droite au niveau de l'angle mandibulaire. L'examen endobuccal retrouve une petite plaie muqueuse en regard de 33.

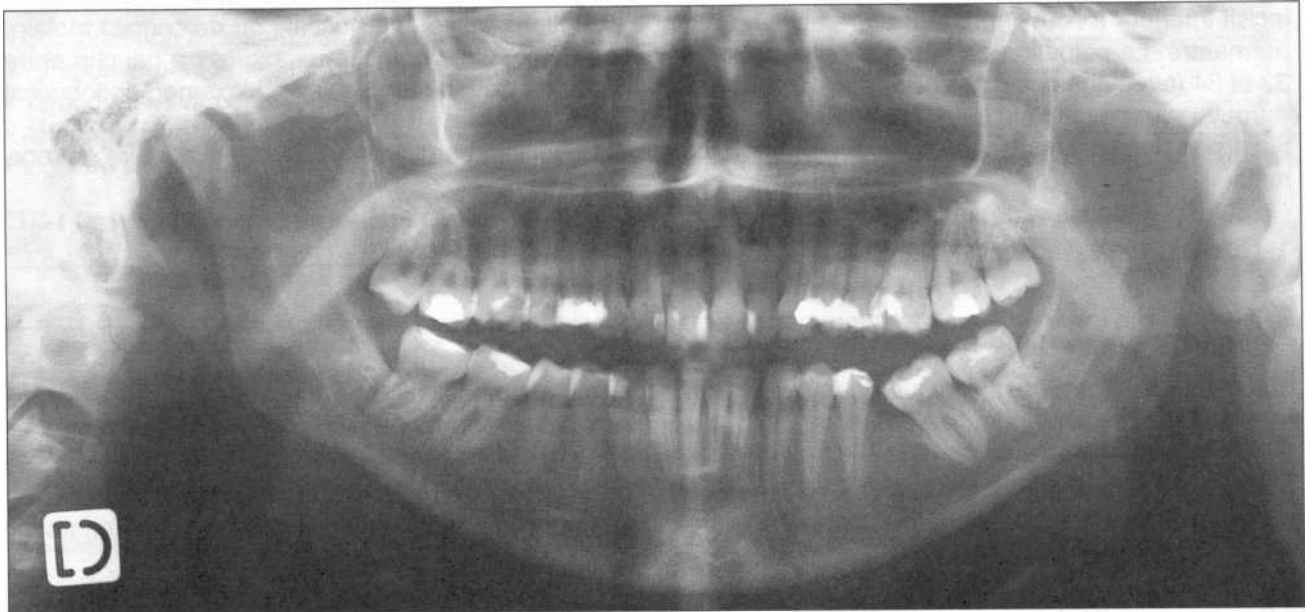
Il n'a pas perdu connaissance. L'examen neurologique, abdominal, cardiovasculaire et pulmonaire est normal.

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Il existe une lésion osseuse fréquemment associée à rechercher absolument. Laquelle ?
3. Il n'y a pas d'argument clinique en faveur de cette lésion chez monsieur R.
Vous avez par ailleurs oublié de rechercher un signe clinique d'importance médico-légale. Lequel ?
4. L'hôpital dans lequel vous exercez ne dispose pas de structure permettant d'effectuer un panoramique dentaire en urgence. Quels autres examens complémentaires d'imagerie standard pouvez-vous demander en première intention dans ce cas ?
5. Le cliché suivant vous est fourni. Quel est ce cliché ? Quelle est votre interprétation ?
6. Le panoramique dentaire effectué le lendemain matin est soumis à votre interprétation.
7. Quels sont les principes du traitement de ce patient ?

Question 5



Question 6



DOSSIER N°25

1. Quel est votre diagnostic ? (15)

- Fracture de la branche horizontale mandibulaire gauche.....10
- Ouverte.....5
- Possible fracture angulaire de la mandibule droite..... NC

211 existe une lésion osseuse fréquemment associée à rechercher absolument. Laquelle ? (10)

- Fracture condylienne contro-latérale.....10

3. 11 Wy a pas d'argument clinique en faveur de cette lésion chez monsieur R.

Vous avez par ailleurs oublié de rechercher un signe clinique d'importance médico-légale. Lequel ? (10)

- Hypoesthésie labiomentonnière5
- Par lésion du nerf dentaire inférieur.....5

4. L'hôpital dans lequel vous exercez ne dispose pas de structure permettant d'effectuer un panoramique dentaire en urgence. Quels autres examens complémentaires d'imagerie standard pouvez-vous demander en première intention dans ce cas ? (20)

- Face basse8
- Maxillaire défilé.....8
- Condyles droit et gauche (incidence ATM)4
- Rétroalvéolaires en regard de 33 et 34NC

5. Le cliché suivant vous est **fourni**. Quel est ce cliché ? Quelle est votre interprétation ? (15)

- Face basse6
- Fracture de l'angle mandibulaire droit peu déplacée passant par la 47.....3
- Fracture de la branche horizontale gauche non déplacée.....3
- Condyles normaux3

6. Le panoramique dentaire effectué le lendemain matin est soumis à votre interprétation. (15)

- Fracture mandibulaire, de la branche horizontale, entre 33 et 34.....6
- sans déplacement3
- trait unique oblique court de haut en bas d'avant en arrière.....3
- Condyles normaux3

7. Quels sont les principes du traitement de ce patient ? (15)

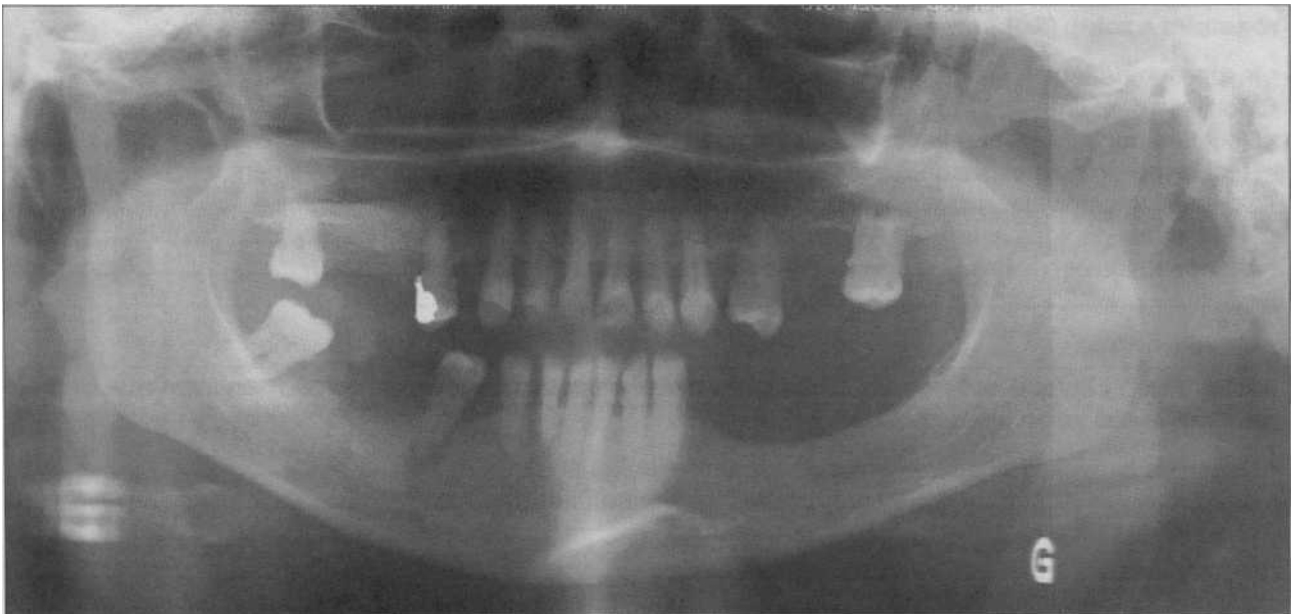
- Hospitalisation courte.....NC
- Réduction sous AG avec restitution de l'articulé dentaire antérieur au traumatisme2
- Traitement orthopédique : blocage intermaxillaire pour 5 à 6 semaines3
- pince bibi (coupante) à portée de main.....2
- Alimentation liquide puis mixée.....2

-Antibiothérapie (ex. : AugmentinO/Amoxycilline et acide clavulanique hors contre indications) IV puis per os	2
• Vérification de la vaccination antitétanique.....	2
• Surveillance : (oubli = 0)	NC
- clinique.....	1
- panoramique dentaire.....	1

DOSSIER N°26: Une recherche de foyer infectieux

Madame T, 67 ans, vous est adressée pour recherche de foyer infectieux stomatologique par son cardiologue en raison de la découverte d'un souffle d'insuffisance aortique.

1. Quelles sont les principales indications de recherche de foyer infectieux dentaire évoluant à bas bruit ?
2. Quels sont les principaux germes retrouvés dans ces foyers infectieux dentaires ?
3. Décrivez les temps de l'examen clinique à la recherche de foyer infectieux stomatologique (interrogatoire exclu).
4. L'examen clinique est normal. Vous prescrivez un orthopantomogramme (panoramique dentaire). Quelle est votre interprétation ?
5. Quelle est la conduite à tenir ?



DOSSIER N°26

1. Quelles sont les principales indications de recherche de foyer infectieux dentaire évoluant à bas bruit ? (20)

• Sinusites aiguës	2
• Adénites.....	2
• Endocardite d'Osier avérée ou sa prophylaxie	2
• Uvéites, iridocyclites.....	2
• -Abscess pulmonaires.....	2
• Fièvre au long cours.....	2
• Septicémies d'origine expliquée.....	2
• Urticaire inexpliquée.....	2
• Bilan préopératoire avant pose de prothèse cardiaque, orthopédique...	4

2 Quels sont les principaux germes retrouvés dans ces foyers infectieux dentaires ? (20)

• Streptocoques déficients.....	4
- Mitis	2
- Sanguis.....	2
- Salivarius	2
• Entérocoques	5
• Anaérobies.....	5

3. Décrivez les temps de l'examen clinique à la recherche de foyer infectieux stomatologique (interrogatoire exclu). (20)

• Inspection de toutes les dents à la recherche de caries.....	5
• Mobilités dentaires	2
• Douleurs dentaires à la percussion, au chaud et froid.....	2
• Recherche de poches parodontales (culs de sac pyorrhéiques), zones de décollement gingival, tartre ...	5
• Congestion gingivale	2
• Orifices des glandes salivaires (Wharton, Stenon)	2
• Adénopathies cervicales.....	2

4. L'examen clinique est normal. Vous prescrirez un orthopar tomogramme (panoramique dentaire). Quelle est votre interprétation ? (20)

• Caries de la dent 11 (incisive centrale supérieure droite) et 21.....	5
• Carie massive de la dent 45 (2e prémolaire inférieure droite)	5
- avec kyste apical radiculodentaire (granulome)	10

5. Quelle est la conduite à tenir ? (20)

• Avulsion dentaire de la dent 45 (oubli = 0)	5
• Traitement des caries de la dent 11 et 21.....	NC
• Avec prophylaxie de l'endocardite d'Osier : (oubli = 0).....	5
• Amoxicilline/Clamoxyl® 3grammes per os 1 heure avant	5
• Si allergie : clindamycine 600 mg per os ou pristinaamycine 1 g per os.....	5
* Surveillance (oubli = 0)	NC

DOSSIER N°27 : Une tuméfaction parotidienne bilatérale

Monsieur J., 27 ans, consulte pour tuméfaction parotidienne bilatérale grossièrement symétrique apparue sur trois jours, indolore, évoluant d'un seul tenant, sans rapport avec les repas, et isolée sur le plan fonctionnel. Il n'a aucun antécédent particulier.

1. Quels sont les points importants de l'examen physique de la tête et du cou devant toute tuméfaction parotidienne de l'adulte ?
2. Quelles sont en général les principales causes de parotidomégalie bilatérale de l'adulte ?
3. L'existence d'une tuméfaction de l'ensemble des glandes parotides, sous maxillaires et lacrymales vous évoquerait quel(s) diagnostic(s) ? Quelles pourraient en être les causes ?
4. Seules les glandes parotides sont hypertrophiées. L'existence d'une uvéite bilatérale vous évoquerait quel(s) diagnostic(s) ?
5. Il existe une uvéite droite asymptomatique, découverte à l'examen ophtalmologique. L'association à une paralysie faciale périphérique droite vous évoquerait quel diagnostic ? Quels examens complémentaires demanderiez-vous alors ?
6. Il existe en effet une très discrète paralysie faciale périphérique droite. Vous pratiquez donc le bilan complémentaire sus cité. A supposer que ce syndrome soit isolé, quel serait alors votre traitement ?

DOSSIER N°27

1. Quels sont les points importants de l'examen physique de la tête et du cou devant toute tumeur parotidienne de l'adulte ? (20)

• Palpation endo et exobuccale combinée	2
• Volume et consistance des parotides (présence ou non de nodules)	2
• Recherche de tuméfaction du canal de Sténon (trajet prémasséterin).....	1
• Examen de l'ostium du canal de Sténon	2
• Aspect de la salive (claire, purulente, abondante ou non).....	2
• Toucher pharyngé (extension parapharyngée de la tuméfaction).....	1
• Autres glandes salivaires principales (sublinguales, sous maxillaires).....	2
*Adénopathies cervicales et générales (oubli = 0)	2
• Mimique faciale (absence de paralysie faciale) (oubli = 0).....	2
• Acuité visuelle et inspection de l'oeil : signes d'uvéite	2
• Température	1
• Peau en regard des parotides.....	1

2 Quelles sont en général les principales causes de parotidomégalie bilatérale de l'adulte ? (20)

• Parotidites virales (oreillons en particulier)	2
• Parotidites chroniques bactériennes	1
• Parotidite calcifiante (calcinose salivaire)	1
• Sarcoidose (parotidite pure ou dans un syndrome de Heerfordt ou de Mikulicz)	2
• Syndrome sec de Gougerot-Sjégren.....	2
• Hémopathies malignes (peuvent donner un syndrome de Mikulicz)	2
• Nutritionnelles : obèses, dénutris, mangeurs excessifs de pain	2
• Métaboliques et endocriniennes	
- hyperthyroïdie	1
- syndrome de Cushing.....	1
- diabète.....	1
- goutte.....	1
- ménopause	1
- iatrogènes : antidépresseurs, neuroleptiques	1
- toxiques : alcool, saturnisme	2

NB : Citons aussi le cystadénolymphome (en général unilatéral).

3. L'existence d'une tuméfaction de l'ensemble des glandes parotides, sous maxillaires et lacrymales vous évoquerait quel(s) diagnostics ? Quelles pourraient en être les causes ? (15)

• Syndrome de Mikulicz	6
• Sarcoidose	3
• Hémopathies malignes (ex. : Leucémie lymphoïde chronique)	3
• Maladie de Mikulicz.....	3

4. Seules les glandes parotides sont hypertrophiées. L'existence d'une uvéite bilatérale vous évoquerait quel(s) diagnostics ? (10)

• Sarcoidose	5
• Maladie de Behçet.....	5

5. 11 existe une uvéite droite asymptomatique, découverte à l'examen ophtalmologique. L'association à une paralysie faciale périphérique droite vous évoquerait quel diagnostic ? Quels examens complémentaires demanderiez-vous alors ? (20)

- Syndrome de Heerfordt.....4
- Dans une sarcoïdose4
- Bilan
 - NFS plaquettes.....1
 - vS.....1
 - bilan phosphocalcique2
 - enzyme de conversion de l'angiotensine1
 - radio de thorax (scanner en 2e intention).....2
 - ECG1
 - scintigraphie corps entier au Gallium 67.....2
 - biopsie des glandes salivaires accessoires2

6. 11 existe en effet une très discrète paralysie faciale périphérique droite. Vous pratiquez donc le bilan complémentaire sus cité. A supposer que ce syndrome soit isolé, quel serait alors votre traitement ? (15)

- Corticothérapie per os : 0,5 mg/kg/j de prednisone/Cortancyl®.....6
- Mesures associées habituelles (régime désodé hyperprotidique, protecteurs gastriques, potassium) mais sans calcium/vitamine D3
- Protection oculaire (oubli = 0), larmes artificielles.....3
- Surveillance (oubli = 0).....3
- Lutte contre l'hypercalcémie, éviter l'exposition solaireNC

NB : L'abstention thérapeutique est la règle dans le syndrome de Löfgren (érythème noueux, toux, fièvre, adénopathies médiastinales), mais pas dans celui de Heerfordt.

DOSSIER N°28: Un morceau de viande avalé de travers

Vous êtes appelé en urgence au domicile de monsieur P., 67 ans, qui, au cours d'un repas, vient « d'avalé de travers » un gros morceau de viande. On retrouve un syndrome de pénétration évident. A votre arrivée, monsieur P. est légèrement cyanosé, avec une bradypnée inspiratoire, un tirage des ailes du nez, un cornage, et une toux rauque. Monsieur P. n'a pas d'antécédent particulier. Son pouls est à 95/mn, sa tension artérielle est à 145/80 mmHg.

1. Décrivez le syndrome de pénétration.
2. Quel est votre diagnostic précis? Justifiez.
3. Quelle est la complication immédiate la plus à craindre dans ce cas ?
4. Pratiquez-vous une manœuvre de Heimlich ? Justifiez.
5. Que faites-vous au domicile du patient ?
6. Quelle est la suite de la conduite à tenir ?

DOSSIER N°28**1. Décrivez le syndrome de pénétration. (15)**

- Survenue brutale3
- De suffocation avec tirage, cornage.....6
- Avec cyanose en général3
- Et quintes de toux expulsives3

2 Quel est votre diagnostic précis ? Justifiez (15)

- Corps étranger2
- syndrome de pénétration.....1
- Laryngé.....2
- bradypnée inspiratoire2
- tirage des ailes du nez2
- cornage.....2
- Sous glottique.....2
- toux rauque.....2

3. Quelle est la complication immédiate la plus à craindre dans ce cas ? (15)

- Enclavement sous glottique5
- Avec asphyxie aiguë.....5
- Rapidement mortelle5

4. Pratiquez-vous une manœuvre de Heimlich ? Justifiez (20)

- NON car:4
- Situation non dramatique : le pronostic vital n'est pas engagé dans l'immédiat2
- il persiste une filière respiratoire efficace2
- Comprend un risque d'enclavement sous glottique.....2
- Et d'autres complications :2
- inondation trachéo-bronchique par vidange gastrique (syndrome de Mendelssohn)2
- fractures costales2
- rupture gastrique2
- rupture splénique.....2

NB : Manœuvre de Heimlich : médecin derrière le malade, les deux poings sont placés sur l'épigastre et vont exercer une compression brutale, ferme et puissante en direction sous sternale ascendante.

5. Que faites-vous au domicile du patient ? (15)

- Éviter toute manipulation du patient (en particulier éviter les techniques dangereuses, extraction au doigt...)5
- Rassurer, calmer, éviter l'agitation du patient5
- Transfert à l'hôpital en ambulance médicalisée (SAMU, SMUR)5

6. Quelle est la suite de la conduite à tenir ? (Z0)

- Extraction du corps étranger (autre réponse = 0).....3
- en urgence.....3
- en endoscopie3
- au tube rigide plutôt que souple3
- Et vérification ensuite de tout l'arbre respiratoire (tube souple).....3
- Oxygénothérapie nasale3
- Surveillance clinique et saturation artérielle en O₂ (oubli = 0).....2

DOSSIER N°29: Une lésion linguale

Monsieur L., 71 ans, alcoololo-tabagique chronique aux multiples antécédents (angor d'effort traité par inhibiteurs calciques, cardiopathie ischémique avec insuffisance cardiaque modérée traitée par LasilixO/Furosémide, Lopril®/Captopril, Vasten®/Pravastatine, bronchopneumopathie chronique obstructive, artériopathie oblitérante des membres inférieurs stade II, diabète non insulino-dépendant traité par sulfamide hypoglycémiant depuis deux ans), consulte pour une gêne à la protraction linguale et à l'élocution (« comme si j'avais toujours un gros aphte, mais ça fait pas mal »). L'examen clinique met en évidence une ulcération irrégulière de 2 cm sur 1 cm du bord latéral droit de la langue mobile (voir photo). Cette lésion repose sur une zone indurée de 3 cm*2 cm descendant vers le plancher buccal sans l'atteindre. L'examen la fait saigner légèrement, mais ne provoque pas de douleur. Il existe des adénopathies cervicales bilatérales (la plus grosse, sous digastrique droite, mesurant 4 cm de diamètre). L'état dentaire est mauvais. Le reste de l'examen est normal (en dehors des signes d'artérite).

1. Quel est votre diagnostic précis ?
2. Quelle est la classification N (TNM) des tumeurs de la langue mobile ?
3. Quels examens complémentaires demandez-vous ?
4. Au cas où la chirurgie soit refusée, le reste du bilan d'extension étant négatif, quel traitement va-t-on proposer ?
5. Les antécédents du patient contre-indiquent un produit couramment utilisé pour la chimiothérapie de ce type de lésion. Lequel et pourquoi ?



DOSSIER N°29**1. Quel est votre diagnostic précis ? (20)**

- Cancer de la langue mobile4
- A priori épidermoïde4
- Classification T2 N2c MO12

2 Quelle est la classification N (TNM) des tumeurs de la langue mobile ? (20)

- NO : pas de ganglion métastatique régionalNC
- N1 : métastase dans un seul ganglion (GG), homolatéral, 3 cm ou moins de diamètre 4
- N2a : métastase dans un seul GG, homolatéral de plus de 3 cm et de moins de 6 cm de diamètre 4
- N2b : métastase dans plusieurs GG, homolatéraux, 6 cm ou moins de diamètre4
- N2c : métastase dans des GG bilatéraux ou controlatéral, 6 cm ou moins de diamètre4
- N3: métastase dans un GG de plus de 6 cm de diamètre4

NB : Cette classification est la même pour tous les sites tumoraux de la tête et du cou.

3. Quels examens complémentaires demandez-vous ? (20)

- Biopsie de la lésion pour examen anatomopathologique (oubli = 0).....2
- Panendoscopie des voies aéro-digestives supérieures (avec cesophagoscopie) : recherche une 2e localisation (oubli =0)3
- Panoramique dentaire2
- Scanner plancher buccal et cervical3
- Radio thoracique2
- Échographie hépatique2
- Bilan d'opérabilité : consultation d'anesthésieNC
- bilan standard biologique (NFS, plaq, TP, TCK, Gr, Rh, RAI, ionogramme, urée, créatinine, bilan hépatique).....NC
- ECG2
- épreuves fonctionnelles respiratoires.....2
- coronarographie à discuter.....2

4. Au cas où la chirurgie soit refusée, le reste du bilan d'extension étant négatif, quel traitement va-t-on proposer ? (30)

- Traitement palliatif4
- chimiothérapie néoadjuvante.....2
- radiothérapie externe de la lésion et des ganglions (oubli = 0)6
- soins bucco-dentaires (traitement des foyers infectieux, extractions dentaires si nécessaire)4
- fabrication et mise à disposition du patient de gouttières fluorées2
- antalgiques si besoin2
- Arrêt de l'alcool et du tabac (oubli = 0), avec prévention du délirium tremens4
- Prise en charge psychologique et soutien du sevrage alcoolique.....2
- Prise en charge à 100 % sécurité sociale.....2
- Surveillance (oubli = 0).....2

5. Les antécédents du patient contre-indiquent un produit couramment utilisé pour la chimiothérapie de ce type de lésion. Lequel et pourquoi ? (10)

- 5 Fluorouracile5
- Car risque de spasmes coronaires5

DOSSIER N°30: Un coup de sabot de cheval dans la figure

Monsieur Q., 18 ans, garçon de ferme, est amené à l'hôpital pour traumatisme facial. Il a reçu un coup de sabot dans la région buccale une heure auparavant alors qu'il vérifiait des fers. La douleur est intense. Plusieurs dents sont luxées (12, 13, 21, 31, 32, 41), d'autres présentent des fractures coronales (11, 22, 31), et 42 est mobile. Il existe un œdème du visage, en particulier de la région péri-buccale et du nez, ainsi qu'une ecchymose labiale supérieure, et une ecchymose du palais en fer à cheval.

1. Vous évoquez une disjonction crânio-faciale horizontale. Quelles sont les mobilités pathologiques que l'on observe dans ces lésions ?
2. Vous vous orientez en effet vers une fracture de Lefort type I (ou de Guérin). Quels sont les examens d'imagerie à demander ?
3. Quel est le trajet du trait de fracture dans le type I de Lefort ?
4. Quels sont les troubles de l'articulé dentaire que l'on rencontre habituellement dans la fracture de Lefort I ?
5. Quelle est votre attitude pour les lésions dentaires ?

DOSSIER N°30

1. Vous évoquez une disjonction crânio-faciale horizontale. Quelles sont les mobilités pathologiques que l'on observe dans ces lésions ? (30)

- Lefort I : fracture de Guérin
- l'arcade dentaire supérieure est mobilisable sous le reste du massif facial10
- Lefort II
- on peut mobiliser l'arcade dentaire supérieure avec la partie médiofaciale sous le front, les malaires restant solidaires du frontal10
- Lefort III
- on peut mobiliser l'arcade dentaire supérieure avec la partie médiofaciale, dont les malaires, sous le front10

2 Vous vous orientez en effet vers une fracture de Lefort type 1 (ou de Guérin). Quels sont les examens d'imagerie à demander ? (20)

- Scanner du massif facial avec coupes axiales et coronales : meilleur examen 8
- Blondeau (nez menton plaque) ou Waters3
- Panoramique dentaire.....3
- Os propres du nez.....3
- Rétroalvéolaires en regard des dents fracturées et/ou mobiles et/ou luxées 3
- Crâne de profil et/ou téléradiographie de crâneNC
- Incidence de Louisette (surtout indiquée pour les zygomatiques).....NC

3. Quel est le trajet du trait de fracture dans le type 1 de Lefort ? (20)

- Trait sectionnant
- les maxillaires supérieurs au dessus des apex dentaires.....10
- en dedans, le pied de la cloison nasale avec la lame verticale de l'os palatin 5
- en arrière, les apophyses ptérygoïdes au tiers inférieur.....5

4. Quelle est votre attitude pour les lésions dentaires ? (10)

- Vérification de la vitalité des dents fracturées et/ou mobiles (test au chaud/froid)..... 1
- Dents luxées
- après avoir recherché et éliminé des fragments radiculaires restants.....1
- réimplantation (après éventuel traitement canalaire) des dents conservées par le patient avec contention (arcs monomaxillaires)1
- Dents mobiles
- après avoir éliminé une fracture de l'os alvéolaire en regard1
- réimplantation et contention1
- Dents fracturées : (fractures coronaires)
- meulage des aspérités1
- traitement canalaire éventuel (si pulpe exposée : dépulper - obturer).....1
- si fractures radiculaires : extraction, ou quelquefois conservation de la racine après traitement canalaire ..1
- reconstruction prothétique ultérieure éventuelle1
- * Certificat médical initial descriptif1

5. Quels sont les troubles de l'articulé dentaire que l'on rencontre habituellement dans la fracture de Lefort 1 ? (20)

- Contact molaire prématuré.....6
- Béance antérieure modérée.....6
- Occlusion inversée ou bout-à-bout incisif (par recul de l'arcade dentaire supérieure) 8

DOSSIER N°31 : Une limitation de l'ouverture buccale

Madame T., 68 ans, consulte en raison d'une limitation de l'ouverture buccale apparue ce jour. Elle a comme antécédents un diabète non insulino-dépendant depuis 9 ans traité par Daonil®, et une phlébite surale gauche après sa dernière grossesse (à 37 ans). La température est à 37,6° C, le pouls à 80/mn, la tension artérielle à 150/70 mmHg, l'ouverture buccale est de 10 mm, les masséters sont contractés et douloureux, la patiente signale que cette « contracture » est intermittente. Les réflexes ostéotendineux, la motricité et le tonus sont normaux. L'examen abdominal est normal. On note une érosion punctiforme du pouce droit (dûe à une épine de ronces), ne suppurant pas.

1. Vous ne vous orientez pas vers une cause locale. Pourquoi ?
2. Le reste de l'examen clinique est normal. Vous ne trouvez aucune cause locale. Quelles sont les deux causes générales à évoquer en première intention ?
3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ?
4. Ces examens sont normaux. Le trismus devient permanent, et s'accroît lorsqu'on essaie de le vaincre. Ensuite apparaissent une dysphagie, et une contracture des muscles faciaux avec un rétrécissement des fentes palpébrales, une déviation des commissures labiales en bas et en dehors, une élévation exagérée des sourcils avec plissement du front. La nuque est raide. Les peauciers sont contractés. Quel est votre diagnostic ?
5. Quelle est votre attitude thérapeutique à ce stade ?
6. Le lendemain, la patiente éprouve des difficultés pour déglutir, elle est très algique, et respire difficilement. Quelle(s) modification(s) principale(s) apportez-vous au traitement ?

DOSSIER N°31

1. Vous ne vous orientez pas vers une cause locale. Pourquoi ? (20)

- Caractère intermittent du trismus... 14
- Piqûre septique3
- Diabète3

2 Le reste de l'examen clinique est normal. Vous ne trouvez aucune cause locale. Quelles sont les deux causes générales à évoquer en première intention ? (16)

- Tétanos.....8
- Hypoglycémie.....8

NB : Autres causes générales : maladie de Parkinson, tétanie, médicaments (neuroleptiques)... A ne même pas évoquer ici : chorée de Sydenham, méningites, encéphalites, syringobulbie...

3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ? (15)

- * Glycémie (oubli =0)15
- NFS, VSNC

4. Ces examens sont normaux. Le trismus devient permanent, et s'accroît lorsqu'on essaie de le vaincre. Ensuite apparaissent une dysphagie, et une contracture des muscles faciaux avec un rétrécissement des fentes palpébrales, une déviation des commissures labiales en bas et en dehors, une élévation exagérée des sourcils avec plissement du front. La nuque est raide. Les peauciers sont contractés. Quel est votre diagnostic ? (14)

- Tétanos aigu généralisé7
- En période d'invasion.....7
- Patient âgée, piqûre septique, trismus intermittent puis permanent, rire sardonique, etc.NC

5. Quelle est votre attitude thérapeutique à ce stade ? (20)

- Hospitalisation en unité de soins intensifs2
- Parage de la porte d'entrée (oubli = 0)2
- *Antibiothérapie : pénicilline G (hors allergie, sinon métronidazole)2
- Sérothérapie antitétanique (5000 UI IM) (oubli = 0).....2
- Vaccination antitétanique (en un point différent de la sérothérapie) (oubli = 0)2
- Isolement sensoriel2
- Nursing et kinésithérapie motrice.....2
- Anticoagulation préventive isocoagulante (oubli = 0).....2
- Sonde urinaire si rétention aiguë d'urines.....2
- Surveillance (contractures, complications de décubitus, syndrome dysautonomique, vasoplégie, ventilation) (oubli = 0)2
- Discuter les sédatifs légers (benzodiazépines).....NC

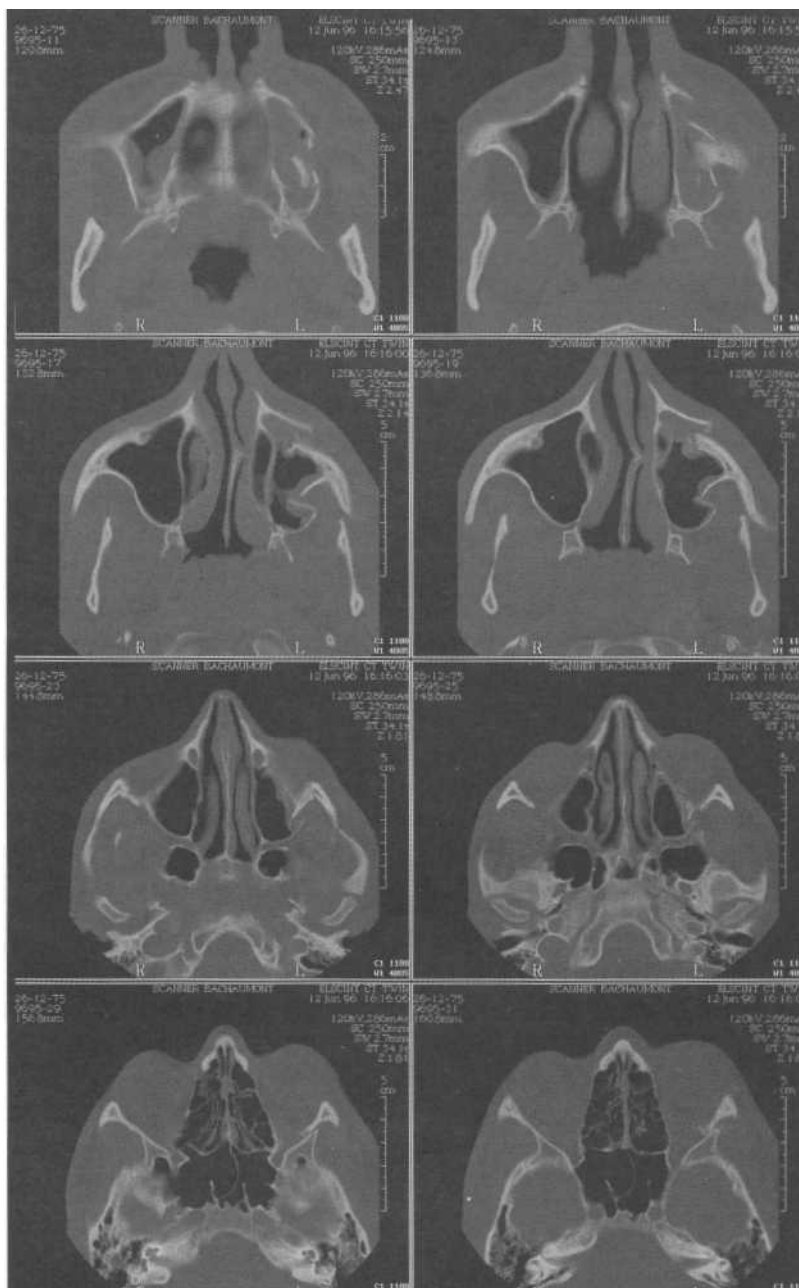
6. Le lendemain, la patiente éprouve des difficultés pour déglutir, elle est très algique, et respire difficilement. Quelle(s) modification(s) principale(s) apportez-vous au traitement ? (15)

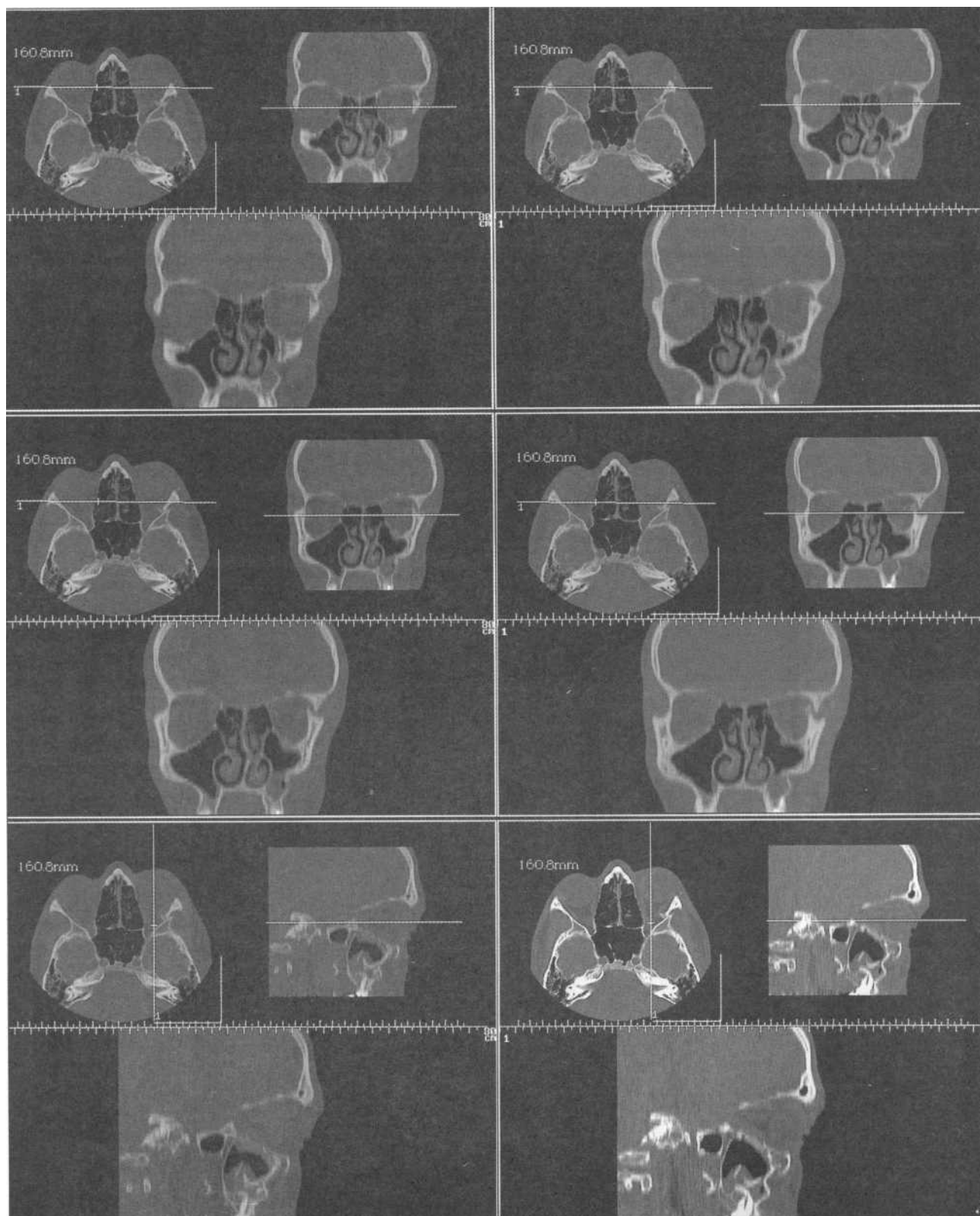
- Trachéotomie et ventilation assistée (oubli de la trachéotomie = 0).....5
- Sédatifs (benzodiazépines : diazépam/Valium®, voire barbituriques, neuroleptiques, curarisation)5
- Sonde gastrique pour alimentation entérale continue hypercalorique hyperprotidique (oubli = 0).....5
- Surveillance (oubli = 0)NC

DOSSIER N°32: Un jeune homme consulte après une agression

Monsieur D., 22 ans, consulte aux urgences après une agression. Il a reçu plusieurs coups sur la face. A l'inspection, il existe un important oedème avec ecchymose de la région zygomatique gauche, une ecchymose sous conjonctivale externe de l'oeil gauche, une épistaxis minime par la narine gauche. La palpation des cadres orbitaires ne retrouve pas de décalage. La palpation du zygoma entraîne des douleurs intenses. L'ouverture buccale est limitée à un travers de doigt. L'examen endobuccal retrouve un hématome vestibulaire gauche.

1. A ce stade, quel diagnostic suspectez-vous ?
2. Quels autres signes cliniques pourraient étayer ce diagnostic ?
3. Comment peut-on expliquer la limitation de l'ouverture buccale ?
4. Quels examens complémentaires d'imagerie demandez-vous ?
5. Interprétez l'iconographie.





DOSSIER N°32

1. A ce stade, quel diagnostic suspectez-vous ? (20)

- Fracture maxillo-malaire gauche.....20

2 Quels autres signes cliniques pourraient étayer ce diagnostic ? (20)

- Hypo ou anesthésie sous orbitaire.....5
- Hypo ou anesthésie temporomalaire2
- Diplopie dans le regard vers le haut5
- Articulé dentaire normal.....5
- Ecchymose sous orbitaire3
- Fausse énoptalmie.....NC
- Emphysème sous cutané.....NC

3. Comment peut-on expliquer la limitation de l'ouverture buccale ? (20)

- Butée du coroné sur la face postérieure du malaire impacté10
- Embrochage du muscle temporal par l'arcade zygomatique fracturée.....10

4. Quels examens complémentaires d'imagerie demandez-vous ? (20)

- Cliché de Blondeau3
- Cliché de Hirtz latéralisé pour le zygoma.....3
- Incidence des cadres orbitaires3
- Cliché de Louissette.....3
- Scanner facial avec reconstructions coronales et axiales8

5. Interprétez l'iconographie. (20)

Scanner facial

- Fracture du malaire gauche8
- Fracture de l'arcade zygomatique gauche.....2
- Fracture de la paroi externe et inférieure du sinus maxillaire gauche2
- Hémosinus maxillaire2
- Fracture du plancher orbitaire gauche2
- Pas d'incarcération des muscles oculomoteurs.....2
- Pas d'embrochage du muscle temporal.....2

DOSSIER N33: Vertiges et hypoacousie

Madame T, 47 ans, consulte pour vertiges.

Ceux-ci sont apparus hier dans la matinée alors qu'elle regardait la télévision. Elle a d'abord entendu des bourdonnements de l'oreille droite pendant quelques minutes, puis la crise vertigineuse est apparue (« toute la pièce tournait autour de moi, ça m'a fait vomir, je pensais que j'allais mourir, et ça a bourdonné encore plus fort, et je n'entendais plus rien de l'oreille droite »). Les troubles ont duré quelques minutes puis ont cessé, seule persiste une impression d'oreille bouchée à droite, avec la sensation d'entendre un peu moins bien de cette oreille. Elle n'a aucun antécédent pathologique particulier. C'est le deuxième épisode de ce type (premier il y a trois mois).

1. Détaillez les points importants de votre examen clinique (interrogatoire exclu).
2. L'examen clinique est entièrement normal en dehors d'une hypoacousie de perception légère. Quelles sont les deux étiologies les plus probables ?
3. Quels examens complémentaires demandez-vous ?
4. Tous les examens d'imagerie demandés sont normaux. Quel est le diagnostic le plus probable ? Quelle sera votre prise en charge ?
5. Quelle est l'évolution habituelle de cette pathologie ?

DOSSIER N°33

1. Détaillez les points importants de votre examen clinique (interrogatoire exclu). (20)

- Syndrome vestibulaire périphérique (harmonieux et complet) ou central (dysharmonieux, parfois incomplet)2
 - nystagmus (sens, spontané ou aux mouvements oculaires, potentialisé par des lunettes de Frenzel si périphérique).....2
 - déviation tonique segmentaire (index, marche les yeux fermés, épreuve de Romberg)..... 2
 - tonus musculaire diminué du côté pathologique1
- Acoumétrie au diapason (test de Rinne, de Weber) (oubli = 0).....2
- Examen neurologique complet: (oubli = 0)2
 - réflexes ostéotendineux et cutanés (plantaires, abdominaux)1
 - motricité, sensibilité1
 - syndrome cérébelleux (hypotonie, asynergie, hypermétrie, adiadococinésie, dyschronométrie, tremblements, polygone de sustentation).....2
 - oculomotricité.....1
 - autres nerfs crâniens (I, II, V, VII, IX, X, XI, XII).....2
- Examen cutané : tâches café au lait, neurofibromes sous cutanés2

NB : Les lunettes de Frenzel (+ 20 dioptries) potentialisent les nystagmus périphériques en empêchant la fixation oculaire (qui diminue ou abolit les nystagmus d'origine périphérique).

2 L'examen clinique est entièrement normal en dehors d'une hypoacousie de perception légère. Quelles sont les deux étiologies les plus probables ? (20)

- Maladie de Ménière droite.....10
- Neurinome du VIII (de l'acoustique) droit.....10

3. Quels examens complémentaires demandez-vous ? (20)

- Imagerie : IRM (avec injection de gadolinium) cérébrale avec coupes fines sur le trajet du VIII (dont angle pontocérébelleux, conduit auditif interne, rocher)4
- Potentiels évoqués auditifs.....4
- Audiométrie tonale avec recherche de recrutement4
- Test osmotique au glycérol (doit être positif dans la maladie de Ménière : amélioration de l'audition)4
- Épreuves vestibulaires labyrinthiques.....4

4. Tous les examens d'imagerie demandés sont normaux. Quel est le diagnostic le plus probable ? Quelle sera votre prise en charge ? (20)

- Maladie de Ménière droite (autre diagnostic = 0)2
- *Traitement des crises :2
 - repos, isolement (hospitalisation bénéfique).....NC
 - sédatifs, ex : benzodiazépines, diazépam/Valium.....2
 - antivertigineux centraux, ex : Tanganil® IV.....2
 - oxygénation cochléaire, ex : Carbogène®.....2
 - lutte contre l'hydrops endolymphatique, ex : Mannitol®..... 2
- Traitement de fond :2
 - discuter : régime désodé ou diurétiques à faible dose (lutte contre l'hydrops)..... 2
 - discuter : antihistaminiques, traitements pressionnels (caisson hypobare)NC
 - arrêt des excitants (tabac, alcool, café)NC
 - prise en charge psychologique (relation médecin/malade très importante) 2

- * Surveillance (oubli = p)NC
- En cas d'échec : traitement chirurgical2

NB : La moindre modification du tableau clinique pouvant faire évoquer un neurinome du VIII fera pratiquer une nouvelle IRM cérébrale.

5. Quelle est l'évolution habituelle de cette pathologie ? (20)

- Imprévisible5
- Crises vertigineuses paroxystiques répétées (fréquence variable) finissant par s'amender 5
- Surdité de perception croissante (avec diminution de la fréquence des crises vertigineuses)5
- Bilatéralisation possible.....5

DOSSIER N°34 : La mâchoire bloquée

Madame T, 35 ans, consulte en urgence, amenée par son mari, pour « mâchoire bloquée ». Ce soir, alors qu'elle regardait la télévision, elle a baillé fort, a senti un craquement, et la mâchoire est restée bloquée en ouverture. Ce n'est plus très douloureux au moment où vous l'examinez. Il existe une béance antérieure symétrique importante irréductible avec incontinence salivaire. On palpe sous les arcades zygomatiques des reliefs osseux arrondis anormaux, les glènes temporomandibulaires sont vides.

1. Quel est votre diagnostic clinique ?
2. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ? Justifiez.
3. Les clichés suivants sont soumis à votre interprétation.
4. Quel est votre traitement de première intention ?
5. Votre traitement a été efficace. Quelles sont les causes favorisantes de cette pathologie ?



Droite



Gauche

DOSSIER N°34**1. Quel est votre diagnostic clinique ? (20)**

- Luxation de l'articulation temporo mandibulaire (ATM)10
- Antérieure5
- Bilatérale.....5

2 Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ? Justifiez (20)

- Incidence de l'ATM bilatérale10
- valeur médico-légale.....5
- cherche une fracture condylienne associée.....5
- confirme le diagnostic.....NC

NB : Autres clichés pouvant faire le diagnostic : crâne de profil, Zimmer (trans orbitaire), panoramique dentaire.

3. Les clichés suivants sont soumis à votre interprétation. (20)

- Absence de fracture condylienne.....10
- Luxation antérieure bilatérale des condyles mandibulaires5
- Vacuité des glènes temporo mandibulaires5

4. Quel est votre traitement de première intention ? (30)

- Réduction4
- en urgence.....4
- par manoeuvre de Nélaton : abaissement mandibulaire par appui molaire6
- près prémédication si nécessaire (benzodiazépine)4
- Puis pose d'une fronde élastique pour 10 jours.....4
- Radio de contrôle post réduction4
- Surveillance (fonctionnement de l'ATM, récurrences)4

NB : Manoeuvre de Nélaton : patient assis face au médecin, tête appuyée contre un mur. Les quatre derniers doigts des deux mains tenant les bords basilaires, les deux pouces endobuccaux sont placés sur les molaires inférieures et vont exercer une pression en bas d'abord (désenclavement des condyles) puis en arrière (repositionnement dans les glènes) tandis qu'on demandera au patient de fermer la bouche.

5. Votre traitement a été efficace. Quelles sont les causes favorisantes de cette pathologie ? (10)

- Dysharmonie dentomaxillaire (ou dentodentaire)2
- Trouble de l'articulé dentaire.....2
- Malformation condylienne2
- Édentation2
- Pathologies articulaires constitutionnelles (maladie de Marfan...)2

DOSSIER N°35: Une fièvre chez un enfant de 2 ans

Le petit Bernard, 2 ans, est amené par sa mère aux urgences. Il est fébrile à 38,6° C, grognon, et a mal à l'oreille droite. Les jours précédents, il avait eu une rhinopharyngite bilatérale purulente, traitée par désinfection rhinopharyngée. Pas d'autre antécédent.

1. Devant une fièvre du jeune enfant, sans point d'appel évident, quelles sont les étiologies à évoquer systématiquement ?
2. L'otoscopie montre deux tympans érythémateux à violacés, bombés, ayant perdu les reliefs ossiculaires, et sans triangle lumineux. Quel est votre diagnostic ?
3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) d'imagerie demandez-vous en première intention ?
4. Quels sont les germes les plus fréquemment rencontrés dans ce contexte ?
5. Quel est votre traitement de première intention ?
6. Quelles sont les complications auxquelles est exposé cet enfant ?

DOSSIER N°35

1. Devant une fièvre du jeune enfant, sans point d'appel évident, quelles sont les étiologies à évoquer systématiquement ? (20)

- Otite5
- Bronchopneumopathie5
- Méningite.....5
- Pyélonéphrite.....5

2 L'otoscopie montre deux tympans érythémateux à violacés, bombés, ayant perdu les reliefs ossiculaires, et sans triangle lumineux. Quel est votre diagnostic? (18)

- Otite moyenne aiguë6
- Purulente6
- Bilatérale.....6

3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) d'imagerie demandez-vous en première intention? (10)

- Aucun10

4. Quels sont les germes les plus fréquemment rencontrés dans ce contexte ? (15)

- Haemophilus influenzae (40 %)3
- Pneumocoque (25 %).....3
- Staphylocoque doré (8 %).....3
- Moraxella catarrhalis (6 %).....3
- Pseudomonas aeruginosa (6 %)3

5. Quel est votre traitement de première intention ? (21)

- Traitement ambulatoire (hospitalisation = 0)2
- Antibiothérapie :.....2
 - amoxicilline et acide clavulanique/AugmentinO nourrisson2
 - hors allergie (sinon, association érythromycine-suifisoxazole/PédiazoleO)2
 - per os.....1
 - 80 mg/k/j d'amoxicilline, 10 mg/k/j d'acide clavulanique1
 - pendant 10 jours.....2
- Antithermiques et antalgiques :2
 - paracétamol et/ou aspirine2
 - per os.....1
- Désinfection rhinopharyngée (StérimarO)2
- *Anti-inflammatoires à discuter1
- Discuter les gouttes auriculaires antalgiques (ex : Otipax®) hors perforation1
- Surveillance (oubli = 0)NC

6. Quelles sont les complications auxquelles est exposé cet enfant ? (16)

- Court terme
 - méningite2
 - labyrinthite2
 - mastoïdite aiguë et subaiguë2

- thrombophlébite du sinus latéral	2
- abcès cérébral ou cérébelleux	2
- paralysie faciale	2
• Séquelles	
- perforation tympanique avec risque de cholestéatome.....	2
- otite chronique	2

DOSSIER N36: Diplopie verticale post traumatique

Monsieur M., 45 ans, est hospitalisé en stomatologie suite à une agression à la batte de base-ball dans la rue.

Antécédents : alcoolisme chronique compatible avec une activité professionnelle régulière (aide soignant en maternité). Il est examiné aux urgences une demi heure après les faits. Les pompiers l'ont trouvé inanimé.

A l'examen, monsieur M. est confus, légèrement désorienté dans le temps et l'espace, présente une épistaxis d'abondance moyenne du côté gauche, se plaint d'une diplopie de l'oeil gauche dans le regard vers le haut, disparaissant à l'occlusion de l'oeil droit. Il existe deux plaies sous orbitaires gauches superficielles entourées d'un important cedème. Les réflexes ostéotendineux sont vifs aux quatre membres, sans signe de Babinski ni déficit sensitivo moteur. Le reste de l'examen (en particulier endobuccal) est normal.

1. Quelles sont les premières urgences à éliminer en recevant un tel patient ?
2. Quels sont les principaux temps de l'examen clinique à la recherche d'une (ou plusieurs) fracture(s) crâniofaciale(s)? (Interrogatoire exclu)
3. Il n'existe pas de lésion menaçant le pronostic vital. L'inspection et la palpation faciale ne trouvent aucun autre signe en faveur d'une fracture. Mais une épistaxis minime persiste à gauche. Vous recherchez un emphysème sous cutané palpébral lors du mouchage. Que signifie ce signe ? Quel diagnostic suspectez-vous s'il est présent ?
4. Ce signe est effectivement présent. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) allez-vous pratiquer en première intention ?
5. Sur l'imagerie (Blondeau et scanner), on décrit les arrondis suivants : paroi orbitaire interne gauche, plancher orbitaire gauche, hémosinus maxillaire gauche et hémosinus ethmoïdal gauche. Quels seront les principes de votre traitement s'il n'existe pas d'autre lésion ?

DOSSIER N°36**1. Quelles sont les premières urgences à éliminer en recevant un tel patient ? (15)**

- Lésions neurochirurgicales : hématome extradural surtout (oubli = 0).....3
- Lésions oculaires traumatiques : corps étranger, plaie, contusion (oubli = 0).....3
- Lésions spléniques : rupture splénique, hypovolémie.....3
- Lésions rachidiennes cervicales.....3
- Obstruction des voies aériennes supérieures (caillots...).....NC
- Hypoglycémie (oubli = 0).....3

NB : L'incarcération du muscle oculomoteur droit inférieur n'est pas aussi urgente (peut attendre 12 à 24 heures).

2 Quels sont les principaux temps de l'examen clinique à la recherche d'une (ou plusieurs) fracture(s) crâniofaciale(s) ? (Interrogatoire exclu) (30)

- Examen exobuccal :1
- examen de face, de profil, et en vue plongeante : déformations.....1
- hématome et œdème en regard des zones d'impact1
- tiers supérieur : dépression frontale1
- tiers moyen : pyramide nasale (rétrusion ?), télécanthus (ou autre dystopie canthale), effacement d'une pommette3
- tiers inférieur : déviation du menton1
- reliefs osseux : points douloureux exquis, décalages, mobilités : crâne, cadre orbitaire, arcades zygomatiques, pyramide nasale5
- sensibilité dans le territoire sous orbitaire et mentonnier.....1
- enophtalmie, diplopie (analyse), épiphora.....1
- rhinorrhée de LCR, anosmie1
- paralysie faciale, hypoacousie, syndrome vestibulaire, otorrhée de LCR1
- otorragie.....1
- Examen endobuccal :.....1
- dynamique mandibulaire1
- articulé dentaire : contact molaire prématuré, béance, déviation des points interincisifs, décalage antéropostérieur.....4
- mobilité maxillaire pathologique2
- points douloureux (cintre maxillomalaire, apophyses ptérygoïdes)1
- hématome vestibulaire1
- recherche de plaies muqueuses1
- recherche de fractures et luxations dentaires1

3.11 n'existe pas de lésion menaçant le pronostic vital. L'inspection et la palpation faciale ne trouvent **aucun autre signe en faveur d'une fracture**. Mais une épistaxis minime persiste à gauche. Vous recherchez un emphysème sous cutané palpébral lors du mouchage. Que signifie ce signe ? Quel diagnostic suspectez-vous s'il est présent ? (15)

- Signe de communication entre le sinus ethmoïdal et l'orbite.....6
- Par fracture de la paroi interne orbitaire3
- Fracture du plancher orbitaire gauche3
- Avec ouverture du sinus ethmoïdal gauche (fracture de la paroi interne orbitaire gauche)3

4. Ce signe est effectivement présent. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) allez-vous pratiquer en première intention? (20)

- Scanner cérébral sans et avec injection (hors contre-indications) avec coupes orbitaires et du massif facial (oubli = 0).....5

- Radios de crâne face profil (pour les fractures crâniofaciales).....2
- Rachis cervical face profil2
- Cliché de Blondeau (nez-menton-plaque).....2
- Incidence des cadres orbitaires2
- Glycémie (oubli = 0)5
- Alcoolémie2
- Bilan hépatique, hémostase, NFS plaquettes, ionogramme, urémie, créatininémie, groupe, rhésus, RAINC

5. Sur l'imagerie (Blondeau et scanner), on décrit les arrondis suivants: paroi orbitaire interne gauche, plancher orbitaire gauche, hémosinus maxillaire gauche et hémosinus ethmoïdal gauche. Quels seront les principes de votre traitement s'il n'existe pas d'autre lésion ? (20)

- Hospitalisation.....NC
- pour reconstruction chirurgicale du plancher orbitaire (greffe osseuse ou matériaux de synthèse) 4
- avec test de duction forcée en fin d'intervention.....4
- Prévention du délirium tremens (hydratation, polyvitaminothérapie, sédatifs) (oubli = 0)3
- Antibiothérapie préventive : ex: Augmentin®/Amoxicilline-Acide clavulanique IV 1 g x 3/24h (oubli = 0) ..2
- Nettoyage, désinfection, parage, suture des plaies (oubli = 0).....2
- Vérification de la vaccination antitétanique et éventuelle mise à jour (sérothérapie, vaccination) (oubli = 0) ..2
- Arrêt de travail et rédaction d'un certificat médical initial descriptif 2
- Surveillance (oubli = 0).....1

NB : La réduction/contention des fragments osseux du plancher orbitaire par ballonnet intra sinusien de Franchebois est possible, mais en présence d'un hémosinus maxillaire et d'une diplopie, on préférera l'intervention chirurgicale.

NB : On suppose que la glycémie a été vérifiée et au besoin corrigée dès l'arrivée du malade.

DOSSIER W37: Une paralysie faciale

Monsieur G., 35 ans, consulte en urgence en raison d'une paralysie faciale droite constatée ce matin au réveil.

1. Quels sont les signes permettant de dire que cette paralysie faciale est périphérique et pas centrale ?
2. Il s'agit bien d'une paralysie faciale périphérique. Quelle serait la valeur localisatrice d'un test de Schirmer normal avec une abolition du réflexe stapédien ?
3. En fait, l'atteinte est totale avec une sécrétion lacrymale diminuée à droite. Quel est alors l'intérêt de l'examen de l'oreille droite ?
4. L'examen de l'oreille droite est normal. Quelle serait dans ce contexte l'orientation diagnostique évoquée si le patient était garde forestier ? Quels examens pratiqueriez-vous alors pour confirmer cette étiologie ?
5. Si ce diagnostic se confirmait, quel traitement faudrait-il alors discuter ?
6. Si aucune étiologie n'était retenue, et que vous concluiez à une « paralysie faciale a frigore », quel traitement devriez-vous alors mettre en place en première intention ?

DOSSIER N°37

1. Quels sont les signes permettant de dire que cette paralysie faciale est périphérique et pas centrale? (20)

- Atteinte du territoire facial supérieur (absente dans les paralysies faciales centrales unilatérales) 6
- effacement des rides du front.....2
- pas de clignement à la menace2
- raréfaction du clignement2
- élargissement de la fente palpébrale2
- signe de Charles Bell2
- signe des cils de Souques.....2
- Pas de dissociation automaticovolontaire2
- Pas de signes neurologiques centraux.....NC

211 s'agit bien d'une paralysie faciale périphérique. Quelle serait la valeur localisatrice d'un test de Schirmer normal avec une abolition du réflexe stapédien ? (16)

- Atteinte en aval du ganglion géniculé8
- Dans la troisième portion du nerf facial, trajet intrapétreux8

3. En fait, l'atteinte est totale avec une sécrétion lacrymale diminuée à droite. Quel est alors l'intérêt de l'examen de l'oreille droite ? (14)

- Recherche de signes de zona otitique de Sicart6
- Comprenant habituellement des douleurs auriculaires.....NC
- Avec une éruption vésiculaire de la zone de Ramsay-Hunt4
- Et des adénopathies prétragiques4

4. L'examen de l'oreille droite est normal. Quelle serait dans ce contexte l'orientation diagnostique évoquée si le patient était garde forestier ? Quels examens pratiqueriez-vous alors pour confirmer cette étiologie ? (15)

- Maladie de Lyme2
- En phase secondaire2
- NFS plaquettes.....1
- VS1
- Sérologie sanguine de maladie de Lyme.....2
- Ponction lombaire pour étude du LCR.....2
- biochimique.....1
- cytologique.....1
- bactériologique1
- sérologique (sérologie Borrelia Burgdorferi).....2

5. Si ce diagnostic se confirmait, quel traitement étiologique faudrait-il alors discuter ? (15)

- Ceftriaxone10
- IV5
- 15 à 21 joursNC
- Amoxicilline ou Doxycycline IV pendant 30 joursmoitié des points car moins efficace
- Surveillance (oubli = 0)NC

6. Si aucune étiologie n'était retenue, et que vous concluiez à une « paralysie faciale a frigore », quel traitement devriez-vous alors mettre en place en première intention ? (20)

- Corticothérapie : prednisone/Cortancyl®.....8
- per os.....2
- 15 jours.....2
- hors contre-indications2
- 1 mg/kg/j2
- Mesures associées habituelles (régime désodé, hyperprotidique, protection gastrique, calcium, potassium)2
- Discuter : vasodilatateurs, infiltrations xylocaïnées (artère temporale superficielle et trou stylomastoïdien), perfusions IV de macromolécules.....NC
- En cas d'échec : traitement chirurgical (décompression du nerf facial)NC
- Surveillance (l'apparition de tout nouveau symptôme remet en question le diagnostic de Maladie de Charles Bell) (oubli = 0)2

DOSSIER N°38: Un homme consulte pour une lésion endobuccale

Monsieur T, 67 ans, consulte pour la découverte d'une lésion endobuccale apparue progressivement sur plusieurs mois, et totalement asymptomatique. Dans ses antécédents, on note un tabagisme à 80 paquets-année, une consommation alcoolique estimée à 60 grammes d'alcool pur par jour depuis plus de 20 ans, une artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs stade II, un angor d'effort actuellement stable (traité par aspirine et propranolol). Port de prothèses dentaires totales en mauvais état.

1. La photographie de la lésion de monsieur T. est reproduite ici. Décrivez la.
2. Quels sont les éléments les plus importants de l'examen physique à recueillir pour orienter vers une pathologie maligne ou bénigne ?
3. Il n'y a cliniquement aucun signe en faveur de la malignité de cette lésion. Quel est le diagnostic le plus probable ?
4. Cette lésion est-elle à risque de dégénérescence maligne ?
5. Quelles infections peuvent donner des lésions endobuccales prêtant parfois au diagnostic différentiel de cette affection ?
6. Quels sont les moyens thérapeutiques dont vous disposez pour traiter ce type de lésions ?



DOSSIER N°38

1. La photographie de la lésion de monsieur T. est reproduite ici. Décrivez la. (20)

- Lésion irrégulière, en carte de géographie, réticulée.....3
- blanche, opaline3
- volumineuse.....3
- de la face interne des joues3
- Aspect de leucokératose8

2 Quels sont les éléments les plus importants de l'examen physique à recueillir pour orienter vers une pathologie maligne ou bénigne ? (20)

Pour la malignité

- Examen avec palper bidigital5
- induration5
- saignement au contact5
- Adénopathies cervicales.....5

3. Il n'y a cliniquement aucun signe en faveur de la malignité de cette lésion. Quel est le diagnostic le plus probable ? (15)

- Leucoplasie (leucokératose)15

NB : Lichen plan : érythémateux, douloureux, face interne des joues et dorsale de la langue en particulier.

4. Cette lésion est-elle à risque de dégénérescence maligne ? (15)

- Oui.....10
- Imprévisible, globalement moins de 5 % des cas.....5

5. Quelles infections peuvent donner des lésions endobuccales prêtant parfois au diagnostic différentiel de cette affection? (15)

- Candidose5
- Syphilis5
- Tuberculose.....5

6. Quels sont les moyens thérapeutiques dont vous disposez pour traiter ce type de lésions ? (15)

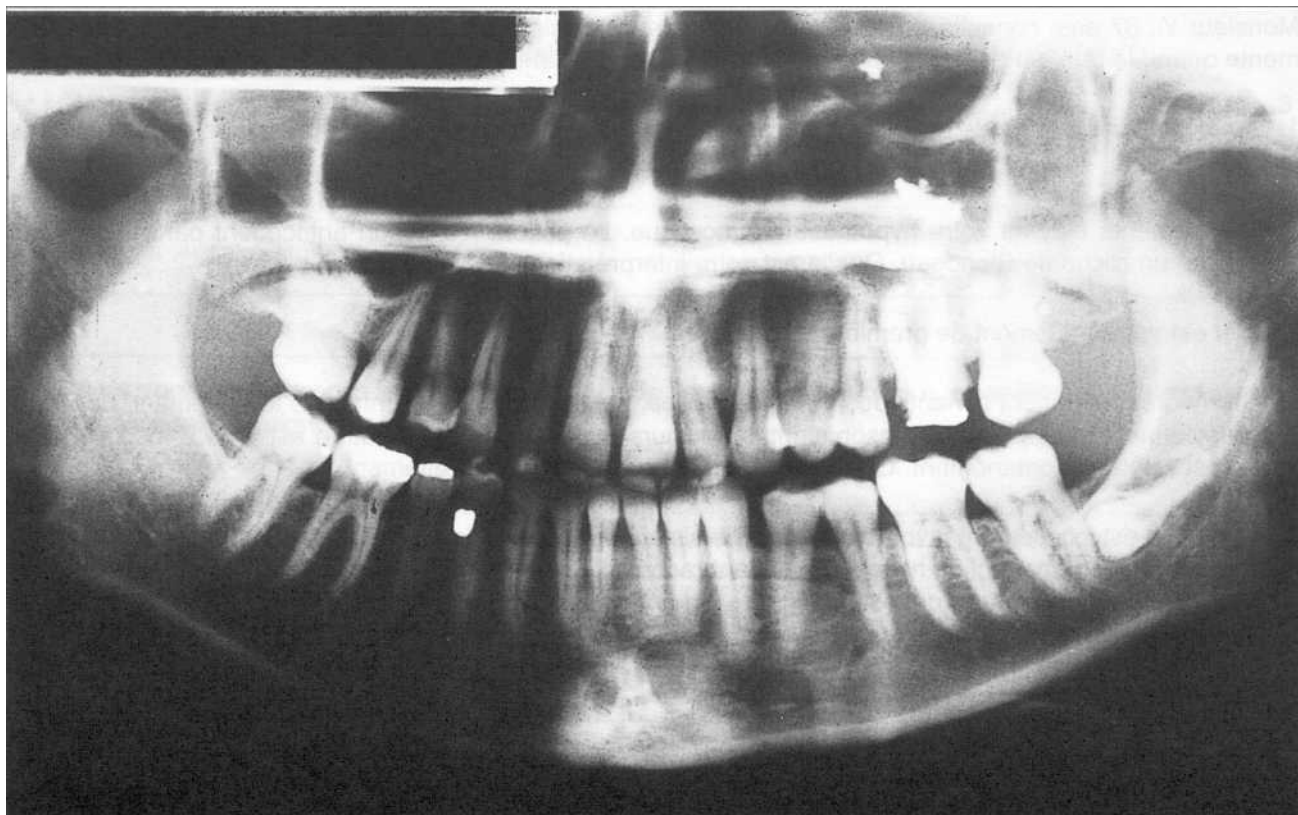
- *Traitement étiologique : suppression des facteurs irritatifs : alcool, tabac, prothèses mal adaptées (oubli = 0) ...4
- Chirurgie d'exérèse de la totalité de la lésion, avec examen anatomopathologique.....4
- Vaporisation au laser CO2.....3
- Corticothérapie lors des poussées évolutives.....NC
- Surveillance (oubli = 0).....4

DOSSIER N°39: L'origine d'une fièvre aiguë de l'adulte

Monsieur Y., 37 ans, consulte pour fièvre à 38,3° C avec douleur sous orbitaire gauche pulsatile, qui augmente quand la tête est penchée en avant, et rhinorrhée purulente antérieure gauche.

1. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? Quels éléments de l'examen clinique manquent dans ce cadre ?
2. Ces éléments étayent votre hypothèse diagnostique. Le patient n'a aucun antécédent particulier. Vous demandez un cliché de Blondeau. Quelle est votre interprétation ?
3. Quel est votre traitement de première intention ?
4. A 48 heures, le patient revient vous voir en urgence. Il n'a pas encore commencé le traitement. Les douleurs deviennent insupportables, insomniantes, toujours pulsatiles, la température est à 39,2° C. La rhinorrhée s'est arrêtée spontanément. Quel est votre diagnostic ? Et votre traitement ?
5. L'évolution est initialement favorable, mais il persiste à distance et de manière intermittente une rhinorrhée gauche fétide avec obstruction nasale. Le patient reconsulte et vous prescrivez un cliché panoramique dentaire (orthopantomogramme), qui est soumis à votre interprétation. Quel est votre diagnostic ? Quels autres examens complémentaires demandez-vous ?
6. Quels sont les principes de votre traitement ?





DOSSIER N°39

1. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? Quels éléments de l'examen clinique marquent dans ce cadre ? (20)

- Sinusite maxillaire aiguë gauche.....8
- Immunodépression (infection à VIH en particulier, diabète)2
- Autres antécédents dont allergies médicamenteuses.....2
- Point douloureux sous orbitaire.....2
- Rhinorrhée purulente venant du méat moyen (vue en rhinoscopie antérieure)2
- État dentaire.....2
- Adénopathies cervicales.....2

2 Ces éléments étayent votre hypothèse diagnostique. Le patient n'a aucun antécédent particulier. Vous demandez un cliché de Blomleu. Quelle est votre interprétation? (15)

- Opacité du sinus maxillaire gauche4
- Homogène4
- Sinusite maxillaire gauche.....4
- Sinus maxillaire droit normal3

3. Quel est votre traitement de première intention? (20)

- Traitement ambulatoire.....2
- Antibiothérapie.....2
 - amoxicilline/Clamoxyl® seule ou associée à l'acide clavulanique/Augmentin®2
 - per os.....2
 - 8 jours.....2
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (ou corticothérapie) per os quelques jours2
- Antalgiques, ex : paracétamol seul ou associé au dextropropoxyphène2
- Vasoconstricteurs nasaux2
- Inhalations chaudes mentholées.....2
- Surveillance (dont cliché de Blondeau à 1 mois) (oubli = 0)2

4. A 48 heures, le patient revient vous voir en urgence. 11 n'a pas encore commencé le traitement. Les douleurs deviennent insupportables, insomniantes, toujours pulsatiles, la température est à 39,2° C. La rhinorrhée s'est arrêtée spontanément. Quel est votre diagnostic ? Et votre traitement ? (15)

- Sinusite maxillaire aiguë gauche bloquée (autre diagnostic = 0)3
- Antibiothérapie: amoxicilline et acide clavulanique/Augmentin® per os3
- Corticoïdes : prednisolone/Solupred® per os3
- Vasoconstricteurs nasaux3
- Discuter une ponction sinusienne par voie méatique inférieure pour drainage sinusien3
- Surveillance (oubli = 0)NC

5. L'évolution est initialement favorable, mais il persiste à distance et de manière intermittente une rhinorrhée gauche fétide avec obstruction nasale. Le patient reconsulte et vous prescrivez un cliché panoramique dentaire (orthopantomogramme), qui est soumis à votre interprétation. Quel est votre diagnostic ? Quels autres examens complémentaires demandez-vous ? (15)

- Panoramique dentaire
 - deux opacités de tonalité calcique intrasinusiennes gauches.....5
 - probablement pâte d'obturation dentaire traitant la dent n°265

- Examen des fosses nasales sous fibroscopie souple (rhinoscopie antérieure et postérieure) NC
- Scanner des sinus de la face.....5

NB : Dents sinusiennes : 5, 6 et 7.

6. Quels sont les principes de votre traitement ? (15)

*Traitement de la sinusite chronique

- antibiothérapie active sur les germes dentaires (dont anaérobies), ex : amoxicilline et acide clavulanique/AugmentinO.....5
- chirurgie par voie endonasale sous endoscopie ou par voie externe (ex: intervention de Caldwell-Luc)5
- avec extraction des corps étrangers intrasinusiers5
- Surveillance (oubli = 0)NC

DOSSIER N°40: Un accident de moto

Mademoiselle S., 21 ans, est amenée aux urgences par les pompiers qui l'ont ramassée sur la voie publique après un accident de moto. Elle se rendait à son travail, et portait un casque ne protégeant pas le *menton*, quand elle a été renversée par un automobiliste qui n'avait pas respecté un feu rouge. Elle présente une plaie mentonnière non transfixiante. Le délabrement cutané est minime. De plus, la symphyse mentonnière est mobile avec le bloc incisif inférieur, et douloureuse ; et il existe une plaie non transfixiante de la langue, saignant modérément. La tension artérielle est à 130/80 mmHg, le pouls à 85/mn. Le reste de l'examen clinique est normal. Elle n'a pas perdu connaissance lors du traumatisme. Elle n'a pas d'antécédent particulier.

1. Quel est le diagnostic ?
2. A quelle complication spécifique de ce type de lésion est exposée mademoiselle S. ?
3. Quelle est votre attitude à l'arrivée de la patiente ?
4. Quel bilan d'imagerie demandez-vous ?
5. Vous proposez un traitement orthopédique. Détaillez.

DOSSIER N°40

1. Quel est le diagnostic ? (20)

- Fracture parasymphysaire bilatérale de la mandibule20
- Associée à une plaie cutanée et à une plaie de la langueNC

2 A quelle complication spécifique de ce type de lésion est exposée mademoiselle S. ? (20)

- *Asphyxie par glossoptose avec obstruction des voies aériennes supérieures 20

3. Quelle est votre attitude à l'arrivée de la patiente? (20)

- Assurer la liberté des voies aériennes10
- Évacuation d'éventuels caillots3
- Limiter les mobilisations de la patiente avant d'avoir éliminé une lésion du rachis cervical3
- Suture de la langue après nettoyage, désinfection.....3
- Pose d'une voie d'abord veineuse1
- Patiente à jeunNC

4. Quel bilan d'imagerie demandez-vous ? (20)

- Panoramique dentaire.....8
- Face basse4
- Maxillaire défilé.....4
- Clichés rétroalvéolaires en regard de 31, 32, 41, 42.....2
- Rachis cervical face profil et odontoïde bouche ouverte2

5. Vous proposez un traitement orthopédique. Détaillez (20)

- Blocage intermaxillaire (ou bimaxillaire) par fils d'aciers5
- après réduction sous anesthésie locale ou générale.....NC
- sur arcs confectionnés après prise d'empreintesNC
- pince bibi (coupante) à portée de main.....1
- pour 5 à 6 semaines.....3
- avec panoramique dentaire de contrôle.....NC
- Mesures associées
- antalgiques2
- antibiothérapie (ex : oxacilline et métronidazole) per os (oubli = 0).....2
- alimentation semi liquide ou liquide hypercalorique (3000 Kcal/j environ) (oubli = 0)2
- bonne hygiène buccale (pulvérisations intrabuccales).....1
- vérification de la protection antitétanique (oubli = 0).....1
- certificat initial médical descriptif1
- déclaration d'accident de travail1
- Surveillance (oubli = 0).....1

89-IR5-DOSSIER N°6

Un homme de 40 ans, sans antécédent, travaillant dans une scierie depuis 10 ans, vient vous consulter pour un contrôle de l'audition. Il semble ne plus entendre correctement, notamment lorsqu'il y a une conversation de plusieurs personnes. Il fait souvent répéter : sa famille lui reproche de mettre le son du téléviseur trop fort. On ne note aucun antécédent familial ou personnel.

L'examen retrouve des tympans normaux. Uacoumétrie retrouve un Rinne positif sur toutes les fréquences le Weber n'est pas latéralisé.

L'audiométrie tonale note une baisse de la conduction osseuse de 30 décibels en moyenne sur le 1000 et le 2000 Hertz, 50 décibels sur le 4000 Hertz et 40 décibels sur le 8000 Hertz. L'hypoacousie est bilatérale et symétrique.

1. De quel type de surdité s'agit-il ?
2. Quelle est l'étiologie de cette surdité ?
3. Quelles mesures préventives conseillerez-vous à votre patient ?
4. Comment le soulagerez-vous de cette surdité ?
5. Quelle disposition légale existe-t-il vis à vis de ces surdités ?
6. S'agit-il d'une affection évolutive spontanément ?

89-IR 5-DOSSIER N°6

1. De quel type de surdité s'agit-il ? (15)

- Surdité de perception10
- Bilatérale.....5

2 Quelle est l'étiologie de cette surdité ? (15)

- Traumatique.....15

3. Quelles mesures préventives conseillerez-vous à votre patient ? (20)

- Port d'un casque de protection sonore6
- Ou aménagement du poste de travail (poste moins bruyant).....6
- Éviction des médicaments ototoxiques (ex: aminosides...)8

4. Comment le soulagerez-vous de cette surdité ? (20)

- Pas de traitement spécifique.....10
- Appareillage par prothèse à discuter selon les désirs du patient10

5. Quelle disposition légale existe-t-il vis à vis de ces surdités ? (10)

- Maladie professionnelle indemnisable10

6. S'agit-il d'une affection évolutive spontanément ? (20)

- NON.....10
- Pas si éviction du bruit traumatique10

90-IR6-DOSSIER N°6

Un jeune garçon de 14 ans, sans antécédent notable est adressé en urgence pour épistaxis gauche, de moyenne abondance, survenue après une crise d'éternuement.

L'hémorragie s'est spontanément tarie lorsque vous l'examinez. Sa mère vous apprend d'ailleurs que depuis 6 mois, il est constamment enrhumé, avec écoulement nasal gauche très fréquent (divers traitements ont été envisagés).

La palpation cervicale est normale.

De plus, vous êtes surpris par la voie nasonnée de l'enfant.

1. Quels sont les examens cliniques à pratiquer ?
2. Quel est le diagnostic à envisager en premier lieu ?
3. Quel est le geste à proscrire ?
4. Quels sont les examens complémentaires utiles pour le diagnostic et le bilan préthérapeutique ?
5. Quel traitement est à envisager ?
6. Quel acte préparatoire facilite le geste chirurgical en diminuant le saignement ?

90-IR6-DOSSIER N°6

1. Quels sont les examens cliniques à pratiquer ? (20)

- Pouls.....4
- Tension artérielle4
- TempératureNC
- Rhinoscopie antérieure4
- Rhinoscopie postérieure.....4
- avec examen du cavum et des choanes.....NC
- Otoscopie (dysfonctionnement tubaire).....4

2 Quel est le diagnostic à envisager en premier lieu ? (10)

- Fibrome nasopharyngien.....10

3. Quel est le geste à proscrire ? (10)

- Biopsie du fibrome.....10

4. Quels sont les examens complémentaires utiles pour le diagnostic et le bilan préthérapeutique ?

- Scanner facial.....8
- en coupes axiales et coronales.....2
- sans et avec injection de produit de contraste.....2
- IRM faciale à discuterNC
- Préthérapeutique:.....NC
- Groupe-Rhésus-RAI2
- NFS-plaquettes.....2
- Temps de saignement2
- TP-TCK.....2

5. Quel traitement est à envisager ? (20)

- Exerese chirurgicale de la tumeur.....20
- par voie endonasale si possible.....NC

6. Quel acte préparatoire facilite le geste chirurgical en diminuant le saignement ? (20)

- Embolisation artérielle préopératoire.....10
- au cours d'une artériographie sélective de la carotide externe et de ses branches10

91-IR1-P1 DOSSIER N°3

Une femme de 42 ans consulte pour des acouphènes intermittents, de tonalité aiguë et pour une hypoacousie gauche, remarquée fortuitement il y a 5 ans à l'occasion d'un examen systématique de médecine du travail, car elle est ouvrière dans une usine textile depuis 15 ans. L'interrogatoire révèle encore des troubles de l'équilibre il y a 2 à 3 ans, ayant duré quelques semaines, à une primo-infection tuberculeuse à l'âge de 9 ans, traitée par injections intramusculaires pendant un mois, et un traumatisme crânio-cervical par accident de la circulation à l'âge de 23 ans. A l'examen clinique, les conduits et les tympans sont normaux. Il n'y a pas d'atteinte neurologique patente, notamment au niveau des nerfs crâniens, pas de nystagmus spontané, pas de déviation aux épreuves des bras tendus et de Romberg. L'acoumétrie montre un Weber indifférent et un Rinne positif des deux côtés. Vous demandez un examen audiométrique

- L'audition est normale à droite.

- A gauche, perte de 40 à 70 dB du 2 000 au 6 000 Hz ; les courbes aériennes et osseuses sont superposées. Les sons ne sont plus perçus au-delà de 6 000 Hz.

Aux épreuves supraliminales, il n'y a ni recrutement, ni diplacousie.

1. De quel type de surdité est atteinte cette patiente ?
2. Devant cette surdité unilatérale, quels diagnostics pouvez-vous évoquer ?
3. Un bilan audiovestibulaire complémentaire est demandé : l'enregistrement des potentiels évoqués auditifs précoces est perturbé du côté gauche ; l'examen vestibulaire montre un déficit unilatéral gauche total. Quel est alors le seul diagnostic que vous devez envisager ?
4. Quels sont les examens qui vous permettront de le confirmer ?
5. Ces examens demeurent négatifs. Qu'en concluez-vous ? Quelle attitude adoptez-vous ?

91-IRI-P1 DOSSIER N°3

1. De quel type de surdité est atteinte cette patiente ? (20)

- La patiente présente une surdité de perception gauche (hypoacousie gauche = motif de consultation) ..4
- A l'examen clinique, les tympans sont normaux et le Rinne est positif des 2 côtés (notamment à gauche)4
- C'est surtout l'audiométrie tonale liminaire qui met en évidence l'hypoacousie de perception en montrant à gauche une perte auditive égale en conduction osseuse et aérienne.....4
- L'absence de recrutement aux épreuves supra-limaires, bien que d'interprétation difficile lorsque l'hypoacousie est importante, doit faire rechercher en priorité une origine rétro-cochléaire à cette surdité de perception 4
- Argument mineur: les surdités de transmission n'entraînent pas de perte sonore supérieure à 60 décibels 4

2. Devant cette surdité unilatérale, quels diagnostics pouvez-vous évoquer? (20)

Les principales causes de surdités de perception unilatérales sont

- Le neurinome de l'acoustique10
- La maladie de Ménière gauche.....10
- Les labyrinthites infectieuses ou inflammatoires, ex : sur otite chronique gauche NC
- Les surdités centrales (SEP, gliome du tronc cérébral...) exceptionnellesNC
- Le traumatisme du rocher gauche à l'âge de 23 ans : improbableNC

Rappelons que devant toute surdité de perception unilatérale ou bilatérale mais asymétrique, il faut avoir la hantise du neurinome du VIII.

Commentaire : Les injections IM à l'âge de 9 ans utilisées pour le traitement de la primo-infection tuberculeuse étaient probablement de la Streptomycine. Les aminosides sont bien sûr ototoxiques mais ils provoquent une surdité de perception bilatérale (avec habituellement un recrutement important).

Le travail en milieu bruyant peut également être responsable d'altérations de l'audition. Mais là aussi, il s'agit d'une surdité de perception bilatérale (avec recrutement).

3. Un bilan audiovestibulaire complémentaire est demandé: l'enregistrement des potentiels évoqués auditifs précoces est perturbé du côté gauche; l'examen vestibulaire montre un déficit unilatéral gauche total. Quel est alors le seul diagnostic que vous devez envisager? (20)

- Neurinome de l'acoustique gauche.....20

Commentaire : Devant une hypoacousie de perception, unilatérale, avec anomalies du bilan cochléo-vestibulaire (aréflexie vestibulaire gauche, perturbation des PEA du côté gauche orientant vers une lésion rétro-cochléaire), le seul diagnostic à envisager est le neurinome de l'acoustique gauche.

4. Quels sont les examens qui vous permettront de le confirmer ? (20)

- Pour confirmer le neurinome de l'acoustique, on demandera un bilan d'imagerie de la région des conduits auditifs internes et angles porto-cérébelleux.....NC
- Les PEA montrent un retard d'apparition des ondes III et V et un allongement des intervalles I-111 et I-V..... 5
- Le scanner des conduits auditifs internes avec injection I.V. de produit de contraste iodé5
- Le meilleur examen pour le diagnostic de neurinome de l'acoustique est l'imagerie par résonance magnétique nucléaire avec injection de gadolinium.....10
- L'excellente fiabilité de cet examen fait que l'IRM est demandée en 1^{re} intention en cas de suspicion de neurinome de l'acoustique.....NC

5. Ces examens demeurent négatifs. Qu'en concluez-vous ? Quelle attitude adoptez-vous ? (20)

- La négativité des examens est plutôt rassurante. Il faut expliquer à la patiente qu'aucune cause ne se dégage pour expliquer cette surdité et qu'en l'état actuel des connaissances, aucun traitement (médical ou chirurgical) ne permettra d'améliorer cette hypoacousie.....3

L'attitude sera triple

- Surveillance de l'évolutivité de cette surdité par la pratique régulière d'audiogrammes (une fois par an).3
- Mesures de prévention pour éviter d'aggraver l'état cochléaire3
- En ce qui concerne le travail en milieu bruyant, on pourra contacter la médecine du travail pour obtenir un aménagement du poste de travail ou au minimum le port d'un casque anti-bruit3
- On remettra à l'a patiente une liste des principales substances ototoxiques qu'il faudra éviter 3
- L'hypothèse du neurinome du VIII ne pouvant être complètement exclue par la négativité des examens, on proposera une nouvelle IRM avec injection de gadolinium dans 1 an, ou plus tôt selon l'évolution clinique5

91-IR4-P1 DOSSIER N°4

Une femme jeune, de 35 ans, vient vous consulter à son retour de vacances. Elle a présenté, il y a 15 jours, un matin au lever, un grand vertige giratoire accompagné de nausées puis de vomissements, de pâleur, de sueurs, d'un état lipothymique et précédé de sifflements d'oreille à droite et d'une sensation de plénitude de l'oreille droite. Elle a dû s'aliter, car elle ne pouvait se tenir debout ; le moindre mouvement du corps ou de la tête entraînait une recrudescence de ses vertiges et des nausées. Cet état a duré quelques heures puis s'est estompé progressivement au cours de la journée ; les 2 jours suivants persistait un état de déséquilibre larvé, avec latéropulsion droite à la marche. Actuellement, elle n'a plus aucun trouble, mis à part une gêne auditive droite modérée. Elle vous précise qu'il s'agit là du 3^e épisode de ce type depuis un an, avec les mêmes caractères, et qu'entre ces crises elle n'a plus aucun vertige ni trouble de l'équilibre. Un médecin déjà consulté n'a rien trouvé d'anormal et lui a prescrit un traitement pour son foie. Dans ses antécédents, on note en effet un terrain migraineux et anxieux, et une cholécystectomie il y a 3 ans. Elle a présenté de nombreuses angines et otites dans l'enfance, traitées par antibiothérapie itérative par voie orale, dont elle ne se rappelle plus la nature. L'examen clinique général est normal : l'abdomen est souple et indolore à la palpation.

L'auscultation du cœur et des vaisseaux du cou ne révèle pas d'anomalie. Le pouls est à 65, régulier, la pression artérielle à 100/70. L'examen neurologique est normal : il n'y a notamment pas de signe d'atteinte corticale, ni d'atteinte des nerfs crâniens, pas de nystagmus spontané, pas de déviation à la manœuvre des bras tendus, l'épreuve de Romberg met en évidence une latéro-déviation discrète vers la droite, apparaissant à la fermeture des yeux.

L'examen ORL montre des tympans normaux. La voix chuchotée est perçue à 1,5 m à droite, à 6 m à gauche, le Rinne est positif des deux côtés.

1. Quel est le diagnostic le plus probable ? Argumentez votre réponse en utilisant les éléments de ce dossier.
2. Quels examens complémentaires pratiquez-vous pour étayer ce diagnostic ?
3. Sachant qu'un neurinome de l'acoustique à symptomatologie trompeuse peut simuler l'affection que vous avez diagnostiquée, quels sont les 2 examens que vous demandez et/ou répétez impérativement afin d'éliminer avec le plus de sécurité cette éventualité de neurinome, dans le cas où la surdité de cette malade se pérenniserait et s'aggraverait rapidement ?
4. Quel traitement préconisez-vous chez cette patiente à ce stade de son affection ?
5. Quelle est l'évolution habituelle de cette maladie ?

91-IR4-P1 DOSSIER N°4

1. Quel est le diagnostic le plus probable ? Argumentez votre réponse en utilisant les éléments de ce dossier. (20)

- Le diagnostic le plus probable est celui de maladie de Ménière droite 6

Arguments

- Le terrain : femme jeune (entre 30 et 50 ans)2
- Les antécédents d'épisodes identiques spontanément régressifs.....2
- La symptomatologie actuelle associant
 - une grande crise de vertige rotatoire avec nausées, vomissements, pâleur, sueurs et état lipothymique..... 2
 - on constate une amélioration progressive avec persistance pendant quelques jours d'un état de déséquilibre avec latérodéviation droite à la marche. Le jour de l'examen, il ne persiste qu'une déviation à droite, à l'épreuve de Romberg.....NC
 - cette symptomatologie évoque un syndrome vestibulaire périphérique droit, persistant au décours de la crise2
- Des acouphènes droits et une hypoacousie droite, probablement de perception (Rinne positif à droite) .2
- Une sensation de plénitude de l'oreille droite (fréquente dans les hydrops endolabyrinthiques)..... 2
- La négativité de l'examen cardio-vasculaire et surtout neurologique.....2

2 Quels examens complémentaires pratiquez-vous pour étayer ce diagnostic ? (20)

Pour étayer le diagnostic, on effectuera

- Une audiométrie tonale liminaire.....3
 - hypoacousie de perception droite prédominant sur les graves.....3
- Une impédancemétrie3
 - la tympanométrie (3) est normale et l'étude des réflexes stapédiens (3) montre un recrutement (qui est le témoin de l'origine endocochléaire de l'affection).....6
- Un test audiométrique osmotique : on effectue une audiométrie avant et après absorption de glycérol 3
 - le test est positif si l'on constate une amélioration d'au moins 10 dB sur au moins 3 fréquences. La positivité du test permet d'affirmer l'hydrops endolabyrinthiqueNC
- Un examen vestibulaire (soit examen vestibulaire calorique, soit électro-nystagmographie) à la recherche d'une hyporéflexie droite3
- La négativité de ces tests n'élimine pas le diagnostic de maladie de Ménière2

3. Sachant qu'un neurinome de l'acoustique à symptomatologie trompeuse peut simuler l'affection que vous avez diagnostiquée, quels sont les 2 examens que vous demandez et/ou répétez impérativement afin d'éliminer avec le plus de sécurité cette éventualité de neurinome, dans le cas où la surdité de cette malade se pérenniserait et s'aggraverait rapidement ? (20)

- Toute surdité de perception unilatérale doit faire évoquer le diagnostic de neurinome de l'acoustique. Pour l'éliminer, on demandera
 - Des potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral (PEA)10
 - en faveur du neurinome, on recherchera une absence de recrutement et un allongement des latences d'apparition des ondes III et V ainsi que des intervalles I-III et I-VNC
 - Une imagerie par résonance magnétique nucléaire des conduits auditifs internes et angles ponto-cérébelleux avec injection de gadolinium.....10
 - Il s'agit actuellement du meilleur examen pour rechercher un neurinome NC

4. Quel traitement préconisez-vous chez cette patiente à ce stade de son affection ? (20)

- Lors des crises, une hospitalisation s'impose fréquemment pour mettre en route par voie parentérale un traitement osmotique et antivertigineux pendant quelques jours (les antivertigineux ne doivent pas être prescrits au long cours).

- En dehors des crises, il faut proposer un traitement de fond de la maladie qui vise à prévenir la survenue de nouvelles crises et à préserver la fonction cochléaire. Le traitement de la maladie de Ménière est difficile et souvent décevant. En première intention et donc dans le cas de cette patiente, on proposera un traitement médical.

- Une bonne relation médecin-malade doit s'instaurer permettant un soutien psychologique4
- On prescrira des anxiolytiques à petites doses (benzodiazépines, bêta-bloquants...)4
- On conseillera un régime peu sodé4
- Pour lutter contre l'hydrops, on utilise des diurétiques à dose faible.....4
- Ou de la bêta-histine (Serc®)4
- Le traitement est souvent adapté à tâtons et il est licite de débiter par une monothérapie. En cas de résistance, un traitement chirurgical pourra être envisagéNC
- L'appareillage auditif est proposé en cas de gêne importante et persistanteNC
- Surveillance régulière.....NC

5. Quelle est l'évolution habituelle de cette maladie ? (20)

- L'affection est classiquement unilatérale et s'installe entre 30 et 50 ans..... NC
- Les crises de Ménière, associant vertiges, hypoacousie, bourdonnement, vont se succéder à une fréquence variable, en laissant des périodes de rémissions complètes5
- Au fur et à mesure, les crises vertigineuses vont perdre de leur intensité, mais la fonction auditive va s'altérer.....5
- Finalement, les vertiges disparaissent, mais la fonction cochléaire reste très altérée (bourdonnements permanents, hypoacousie stable en plateau à 70-80 dB).....5
- La bilatéralisation est possible, fréquence diversement appréciée (5 à 46 % selon les séries) 5

91-IR5-P1 DOSSIER N°7

Une patiente d'une trentaine d'années présente une tuméfaction isolée de la gouttière rétro-mandibulaire droite, évoluant **depuis plusieurs** mois et augmentant progressivement de volume. Cette tuméfaction de 2 cm de diamètre est ferme, indolore, mobile sur les plans profond et superficiel, sans paralysie faciale.

1. Quel diagnostic le plus probable évoquez-vous ?
2. Comment sera assuré le diagnostic de certitude ?
3. Préciser l'objectif du geste opératoire.
4. Quel en est le pronostic ?

91-IR5-P1 DOSSIER N°7

1. Quel diagnostic le plus probable évoquez-vous? (26)

- Tumeur bénigne parotidienne droite (adénome pleïmorphe, par argument de fréquence)26

2 Convient sera assuré le diagnostic de certitude ? (24)

- Le diagnostic de certitude sera obtenu par l'histologie extemporanée.....12
- Suivie d'examen anatomopathologique standard lors de l'exploration chirurgicale12
- Ce geste comporte une parotidectomie superficielle conservatrice avec repérage premier du tronc du nerf facial et dissection du tronc et de ses branches.....NC

3. Préciser l'objectif du geste opératoire. (20)

L'objectif du geste opératoire est double

- But diagnostique on l'a vu, avec l'examen extemporané.....5
- But thérapeutique : exérèse totale de la lésion (sans effraction)..... 5
- Selon les résultats de l'histologie extemporanée qui guidera la poursuite du geste chirurgicalNC
- Résection parotidienne totale en cas de tumeur mixte et de tumeur maligne (cylindre, adénocarcinome) ...5
- La résection parotidienne sera limitée au lobe superficiel, si ce geste emporte la tumeur, en cas de tumeur bénigne (cystadénolymphome, oncocytome...)5
- Le risque majeur est la blessure du nerf facial.....NC

4. Quel en est le pronostic ? (30)

- Le pronostic de l'adénome pléomorphe est bon si la résection parotidienne est totale (tumeur bénigne) 6
- Sinon, il y a risque de récives locales itératives.....6
- Et risque de dégénérescence maligne.....6

Les complications sont secondaires à la chirurgie

- Paralysie faciale post-opératoire transitoire.....6
- Syndrome de Frey par section du nerf auriculo-temporal.....6

95-Nord-Dossier N°6

Un homme de 33 ans consulte pour une tuméfaction cervicale antérieure qu'il a découverte fortuitement il y a quelques jours. Il a reçu une irradiation cervicale à l'âge de six mois pour une hypertrophie thymique. L'examen clinique révèle un nodule dur de 4 cm de diamètre du lobe thyroïdien droit. Il existe en outre des adénopathies jugulocarotidiennes droites, fermes et indolores. Le reste de l'examen est normal. Le dosage des hormones thyroïdiennes libres et celui de la TSH sont dans les limites de la normale. Le titre des anticorps anti-thyroglobuline et anti-thyroperoxydase est normal.

1. Quels sont les éléments de l'observation qui vous orientent vers une pathologie maligne ?
2. La scintigraphie à l'iode 123 est reproduite (voir ci-contre). Quelle est votre interprétation ?
3. Quels examens allez-vous prescrire pour compléter les explorations thyroïdiennes ?
4. Quels sont les principaux types anatomopathologiques de tumeur primitive de la thyroïde que peut présenter ce patient ?
5. S'il s'agit d'un carcinome métastasé, quel geste chirurgical faut-il pratiquer ?
6. Après l'intervention chirurgicale, quels traitements complémentaires faut-il envisager ?
7. Quel dosage biologique est utile dans la surveillance de ce malade après traitement, si l'on admet qu'il est atteint du cancer thyroïdien le plus courant ?

95-Nord-Dossier N°6

1. Quels sont les éléments de l'observation qui vous orientent vers une pathologie maligne ? (15)

- Antécédents d'irradiation cervicale dans l'enfance3
- Caractère du nodule = volumineux, dur.....2
- Adénopathies non-inflammatoires dans le territoire de drainage correspondant au nodule 5
- *caractère euthyroïdien.....5

Remarque : Anticorps antithyroïdiens positifs dans 15 % des cancers différenciés.

2 La scintigraphie à l'iode 123 est reproduite (voir ci-contre). Quelle est votre interprétation ? (15)

- Nodule froid (afixant), unique du lobe droit5
- Au sein d'une thyroïde normo-fixante (25 % à la 180e minute)2
- N'atteignant pas l'isthme3
- Exclut un adénome toxique.....5

3. Quels examens allez-vous prescrire pour compléter les explorations thyroïdiennes ? (15)

- Échographie thyroïdienne : caractère plein, guide une ponction.....6
- Cytoponction à l'aiguille fine: de valeur si positive.....2
- Cervicotomie exploratrice avec examen extemporané : diagnostic de certitude 2
- Autres examens
 - radios trachée et cou face/profil = signes compressifs, microcalcifications (cancer papillaire)2
 - thyroglobuline sérique = n'est utile que pour la surveillance post-opératoire NC
 - radio du thorax face/profil : échographie hépatique = métastases2
 - examen ORL au laryngoscope = atteinte récurrentielle latente1
 - certains discuteraient une biopsie thyroïdienne en cas de négativité de la ponction, retarde la cervicotomie exploratriceNC

4. Quels sont les principaux types anatomopathologiques de tumeur primitive de la thyroïde que peut présenter ce patient ? (15)

La présence d'adénopathies élimine les tumeurs bénignes, on s'attend donc à

- Cancers différenciés (l'irradiation cervicale est un facteur de risque)2
- papillaires (70 %).....5
- vésiculaires (15 %)2
- Cancer indifférencié = anaplasique.....2
- Cancer médullaire (10 %).....2
- Tumeurs malignes non épithéliales (exceptionnelles) : sarcomes ; lymphomes2

5. S'il s'agit d'un carcinome métastasé, quel geste chirurgical faut-il pratiquer ? (10)

- Thyroïdectomie totale associée à un curage ganglionnaire cervical homolatéral, voire bilatéral selon les données de l'examen extemporané (isthme, ganglions).....10

6. Après l'intervention chirurgicale, quels traitements complémentaires faut-il envisager ? (15)

- Opothérapie substitutive par L-Thyroxine à dose suppressive pour compenser l'hypothyroïdie post-opératoire et inhiber toute sécrétion de TSH.....5
- Iothérapie : radiothérapie par Iode 131 (100 mCi) = après stimulation de TSH (maintien de l'hypothyroïdie pendant le 1^{er} mois post-opératoire). On réalise grâce à ce traceur radioactif une scintigraphie corps

entier qui dépiste et détruit les métastases iodofixantes et un éventuel reliquat tumoral. Efficace dans les cancers différenciés (papillaire, vésiculaire).....	5
• Chimiothérapie (à base d'adriamycine) = s'impose si métastases non-fixantes	3
• Surveillance régulière, à vie.....	2

7. Quel dosage biologique est utile dans la surveillance de ce malade après traitement, si l'on admet qu'il est atteint du cancer thyroïdien le plus courant ? (15)

• Dosage de thyroglobuline plasmatique.....	10
- excellent marqueur de reprise évolutive (récidive locale ou dissémination métastatique) par son élévation	2
- dosée régulièrement tous les 6 mois	2
- résultats normal : indétectable.....	1

96-Nord-Dossier N°2

Un homme de 24 ans, peintre en bâtiment, a fait une chute d'un échafaudage. Le ramassage et l'examen en urgence ne mettent en évidence que la notion de traumatisme crânien avec perte de connaissance brève. Il existe une petite amnésie antérograde.

L'examen clinique montre une nette asymétrie du visage à la mimique : inoclusion palpébrale droite, attraction de la commissure labiale à gauche, perte du plissement du front à droite : il existe une paralysie faciale périphérique droite complète.

1. Vous voulez savoir s'il existe une fracture du rocher trans-labyrinthique. Quels signes cliniques spécifiques peuvent orienter ?
2. Quel examen radiologique spécifique proposez-vous pour visualiser le trait de fracture trans-labyrinthique ?
3. Quels examens complémentaires pourriez-vous demander pour « classer » cette paralysie faciale périphérique post-traumatique, immédiate, isolée ?
4. Sur quels arguments cliniques allez-vous effectuer la surveillance de cette paralysie faciale post-traumatique, après votre traitement ?

96-Nord-Dossier N°2

1. Vous voulez savoir s'il existe une fracture du rocher trans-labyrinthique. Quels signes cliniques spécifiques peuvent orienter ? (25)

- Surdité de transmission ou mixte (faire tests de Rinn  et Weber)7
- Syndrome vestibulaire périphérique (pur et harmonieux)7
- Otorragie (non spécifique).....4
- Otoliquorrh e ( voquant une brèche ostéodurale), otorrhée de liquide endolymphatique..... 7

2 Quel examen radiologique spécifique proposez-vous pour visualiser le trait de fracture trans-labyrinthique ? (25)

- Scanner des rochers sans injection de produit de contraste.....13
- Coupes coronales (si le patient est autorisé et peut mobiliser son rachis cervical), axiales 6
- En fenêtre osseuse6

NB : Quelques coupes cérébrales permettront d'éliminer des lésions (hématome extradural, contusion hémorragique...).

3 Quels examens complémentaires pourriez-vous demander pour « classer » cette paralysie faciale périphérique post-traumatique, immédiate, isolée ? (25)

- Niveau lésionnel.....NC
- scanner des rochers5
- test de Schirmer : sécrétion lacrymale diminuée si atteinte en amont du ganglion g nicul 5
-  lectrogustom trie : perturbée si atteinte en amont de l'origine de la corde du tympan2
- test de Metz avec impédancemétrie : réflexe stapédien aboli si en amont de l'origine du nerf du muscle de l'étrier.....2
-  l ments pronostiquesNC
- test de Metz (présence de réflexe stapédien : bon pronostic)5
-  lectromyogramme du nerf facial5
- neuronographie selon Esslen (quantifie le pourcentage de fibres dégénérées) 1

Commentaire : Ces examens sont rarement demandés en pratique.

4. Sur quels arguments cliniques allez-vous effectuer la surveillance de cette paralysie faciale post-traumatique, après votre traitement ? (25)

- Récupération.....NC
- symétrie faciale lors des mimiques : siffler, souffler, froncer les sourcils...2
- testing musculaire daté répété (pyramidal, sourcilier, orbiculaire, buccinateur, frontal ...).....2
- occlusion palpébrale (signe de Charles Bell, signe des cils de Souques...)2
- Apparition de complications.....2
-   court terme
- oculaires : kératite, ulcérations cornéennes, occlusion palpébrale, sécheresse oculaire ; à prévenir par une bonne protection oculaire (pansement occlusif et collyre)4
- otologiques : otorragie, otorrhée.....2
- générales : conscience, signes méningés, pouls, tension, température.....2
-   long terme
- hémispasme facial.....3
- syndrome des larmes de crocodile (de Frey).....3
- présence de syncin sies3

96-Nord-Dossier N°5

Vous êtes amené à voir en consultation un enfant de 8 ans. les parents sont inquiets car en dépit d'un traitement par Gentalline®, l'enfant reste fébrile, abattu, se plaint d'une dysphagie douloureuse et de douleurs abdominales. Les amygdales rouges et cedématisées sont recouvertes par un enduit que votre abaisse-langue enlève aisément.

Il existe un purpura du voile du palais. Vous palpez des ganglions sous-maxillaires sensibles. Vous évoquez une angine.

1. Vous effectuez un prélèvement de gorge. Quelle est la recherche précise que vous demandez au laboratoire ?
2. Quelles sont les deux complications redoutées qui vous feront prescrire un antibiotique ?
3. Quel antibiotique prescrivez-vous ?
4. Vous revoyez cet enfant 15 jours plus tard. Le prélèvement de gorge est négatif. Quel examen demandez-vous pour établir le diagnostic de cette angine, et quel en est le résultat ?
5. Si cet enfant avait présenté une angine à fausses membranes, quelle recherche auriez-vous demandé au laboratoire de microbiologie (étiologies virales exclues) ?

96-Nord-Dossier N°5

1. Vous effectuez un prélèvement de gorge. Quelle est la recherche précise que vous demandez au laboratoire ? (20)

- Examen direct avec coloration de Gram.....5
- Suivi de cultures aéro- et anaérobies avec antibiogramme.....5
- Recherche de streptocoques bêta hémolytiques du groupe A, C, G.....5
- Avec tests rapides dans un premier temps, à confirmer par une culture classique5

2 Quelles sont les deux complications redoutées qui vous feront prescrire un antibiotique ? (20)

- Glomérulonéphrite post-streptococcique.....10
- Rhumatisme articulaire aigu et ses complications cardiaques10

3. Quel antibiotique prescrivez-vous ? (20)

- Bêtalactamine.....2
- Pénicilline V.....4
- Oracilline® (100 000 U/kg/j)2
- Per os2
- Pour 10 jours.....2
- En l'absence de contre-indications (allergie++)2
- Surveillance.....2
- Si allergie
 - Macrolide2
 - Érythromycine/ÉrythrocinO2

NB : Dans l'éventualité d'une mononucléose infectieuse (purpura du voile du palais), il est préférable de ne pas utiliser de Clamoxyl® en raison de la survenue d'un rash cutané.

4. Vous revoyez cet enfant 15 jours plus tard. Le prélèvement de gorge est négatif. Quel examen demandez-vous pour établir le diagnostic de cette angine, et quel en est le résultat ? (20)

- Recherche sanguine d'anticorps antistreptococciques.....10
- Antistreptolysines O (ASLO) positifs10

NB : L'esprit général du dossier évoque une angine streptococcique plutôt qu'une M.N.I. (qui aurait été décrite avec des fausses membranes, bien que le purpura du voile soit évocateur.

NB : Les diagnostics sérologiques se font sur deux prélèvements à 15 jours d'intervalle, et sont positifs en cas de séroconversion ou d'ascension significative (x4) du taux d'anticorps.

5. Si cet enfant avait présenté une angine à fausses membranes, quelle recherche auriez-vous demandé au laboratoire de microbiologie (étiologies virales exclues) ? (20)

- Recherche de *Corynebacterium diphtheriae*.....10
- Sur prélèvement de la périphérie des fausses membranes10

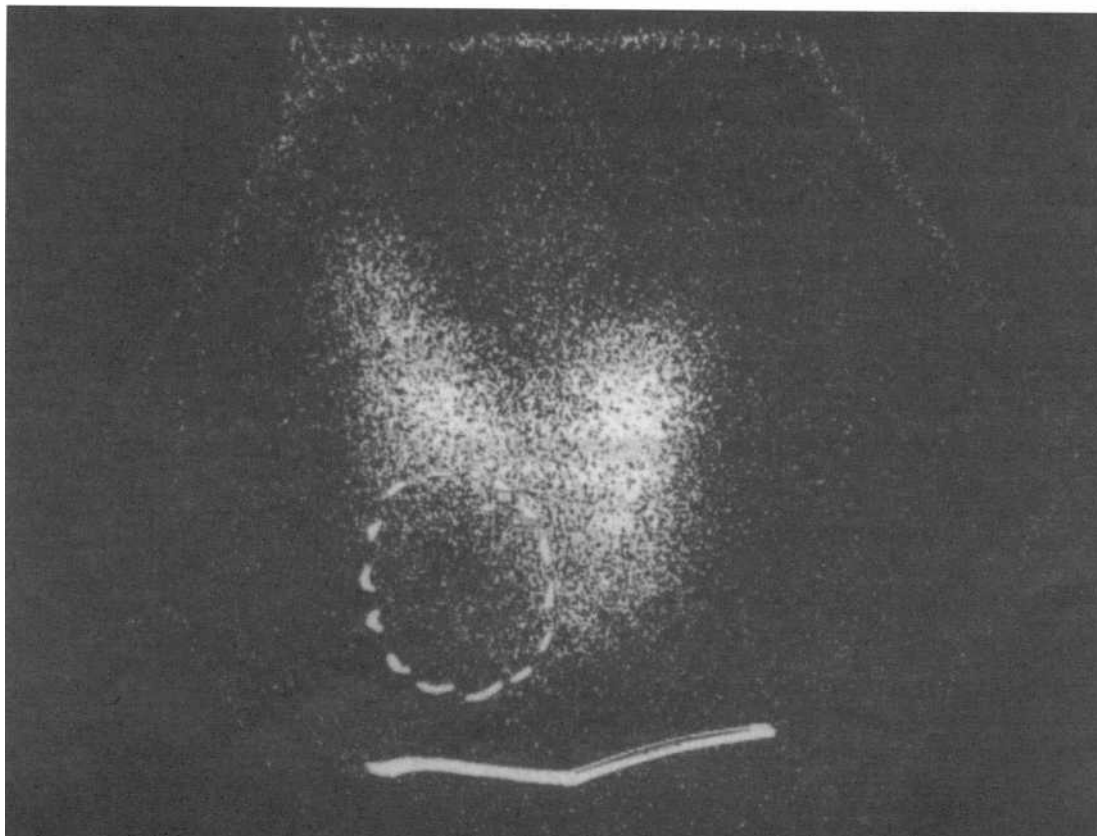
96-Nord-Dossier N°12

Un homme de 33 ans consulte pour une tuméfaction cervicale antérieure qu'il a découvert il y a quelques jours. Il a reçu une irradiation cervicale à l'âge de 6 mois pour hypertrophie thymique.

L'examen clinique révèle un nodule dur de 4 cm de diamètre du lobe thyroïdien droit. Il existe en outre des adénopathies jugulo-carotidiennes droites, fermes et indolores. Le reste de l'examen est normal. Le dosage des hormones thyroïdiennes libres et celui de la TSH sont dans les limites de la normale.

Le titre des anticorps anti-thyroglobuline et anti-thyropéroxydase est normal.

1. Quels sont les éléments de l'observation qui vous orientent vers une pathologie maligne ?
2. Une scintigraphie à l'iode 123 est effectuée (figure ci-dessous). Comment l'interprétez-vous (en allant à l'essentiel) ?
3. Quels examens allez-vous prescrire pour compléter l'exploration de ce nodule ?
4. Quels sont les principaux types anatomo-pathologiques de tumeurs primitives de la thyroïde que peut présenter ce patient ?
5. S'il s'agit d'un carcinome métastasé, quel geste chirurgical faut-il pratiquer ?
6. Après l'intervention chirurgicale, quel(s) traitement(s) complémentaire(s) faut-il envisager s'il s'agit d'un carcinome différencié ?
7. Quel dosage biologique est utile dans la surveillance de ce patient après traitement, si l'on admet qu'il est atteint du cancer thyroïdien le plus courant ?



96-Nord-Dossier N° 1 2

1. Quels sont les éléments de l'observation qui vous orientent vers une pathologie maligne ? (15)

- Antécédents d'irradiation cervicale.....3
- Adénopathies cervicales fermes indolores.....3
- Caractéristiques du nodule : nodule solitaire (et non multiple)3
- Nodule dur, volumineux.....3
- Augmentation rapide de taille (découvert il y a quelques jours à 4 cm de diamètre)3
- EuthyroïdieNC
- Absence d'anomalies auto-immunesNC

NB : Anticorps antithyroïdiens positifs dans 15 % des cancers différenciés.

2 Une scintigraphie à l'iode 123 est effectuée (figure ci-dessous). Comment l'interprétez-vous (en allant à l'essentiel) ? (15)

- Nodule froid (non fixant) du lobe thyroïdien droit.....5
- Volumineux.....5
- Au sein d'un parenchyme normofixant.....5

3. Quels examens allez-vous prescrire pour compléter l'exploration de ce nodule ? (15)

- Échographie thyroïdienne et cervicale: caractère plein, guide une éventuelle ponction2
- Ponction/biopsie à l'aiguille du nodule pour cytologie (facultative).....1
- Exploration chirurgicale d'emblée avec examen anatomopathologique extemporané et définitif2
- Radiographie cervicale face et profil (signes compressifs, microcalcifications dans le cancer papillaire) .1
- Autres examens utiles au bilan d'extension une fois fait le diagnostic de cancer NC
- scanner cervical.....2
- radiographie de thorax.....2
- échographie hépatique2
- scintigraphie osseuse corps entier.....NC
- bilan O.R.L. préopératoire dont laryngoscopie indirecte (atteinte du récurrent)2
- Biologie.....NC
- marqueurs tumoraux sériques (surveillance évolutive post-opératoire) : thyroglobuline, ACE, et thyrocalcitonineNC
- bilan phosphocalcique et préopératoire complet.....1

4. Quels sont les principaux types anatomo-pathologiques de tumeurs primitives de la thyroïde que peut présenter ce patient ? (15)

La présence d'adénopathies élimine les tumeurs bénignes, le patient peut donc présenter

- Carcinomes différenciés.....2
- adénocarcinome papillaire (70 %)3
- adénocarcinome folliculaire ou vésiculaire (15 %)2
- cancer mixte (folliculaire/papillaire)2
- Moins probables
- cancer médullaire de la thyroïde (10 %)2
- cancers indifférenciés: anaplasique2
- lymphome thyroïdien, sarcome : exceptionnels2

5. S'il s'agit d'un carcinome métastasé, quel geste chirurgical faut-il pratiquer ? (10)

- Thyroïdectomie totale.....5
- Curage ganglionnaire jugulocarotidien uni ou bilatéral, radical ou fonctionnel selon les constatations per opératoires et les données de l'examen extemporané (isthme, ganglions) 5

NB : On ne pratique pas de curage radical bilatéral en un temps.

6. Après l'intervention chirurgicale, quel(s) traitement(s) complémentaire(s) faut-il envisager s'il s'agit d'un carcinome différencié ? (15)

- Irothérapie (radiothérapie métabolique par iode 131 : 100 mCi)3
- avec scintigraphie couplée corps entier.....2
- qui dépiste et détruit les métastases iodofixantes et un éventuel reliquat tumoral NC
- Opothérapie freinatrice et substitutive (hormones thyroïdiennes : T4/Lévothyrox®) à vie, posologie adaptée pour obtenir des taux de TSH effondrés, et maintenir une euthyroïdie clinique 5
- Chimiothérapie (à base d'adriamycine) si métastases non fixantes.....3
- Surveillance à vie2

7. Quel dosage biologique est utile dans la surveillance de ce patient après traitement, si l'on admet qu'il est atteint du cancer thyroïdien le plus courant ? (15)

- Thyroglobulinémie (marqueur de reprise évolutive) : dosée tous les 6 mois. Normalement indétectable ...15

97-Sud-Dossier N°10

Vous êtes le médecin traitant de monsieur X. Val, 66 ans, ancien mineur de fond à la retraite, que vous connaissez bien pour le voir chaque hiver, période pendant laquelle il présente régulièrement une infection bronchique sur bronchite chronique. Il n'a toujours pas cessé de fumer ses 20 gauloises/jour malgré vos efforts de persuasion et il boit régulièrement son litre de vin/jour et accessoirement quelques pastis avec ses anciens collègues.

Cette fois-ci c'est en mai qu'il vient vous voir car souffrant depuis 2 mois d'une plaie située sur le bord gauche de sa langue. Il attribue cette lésion à une blessure sur la saillie agressive de la première molaire inférieure gauche cassée depuis fort longtemps.

Votre examen endobuccal retrouve effectivement une ulcération du bord libre gauche de la langue, mesurant 10 mm aux bords irréguliers, au fond blanchâtre et vernissé, un peu purulente. Lorsque vous palpez cette lésion, elle est indurée et cette induration dépassant nettement les limites de l'ulcération puisque vous la mesurez à 25 mm dans ses grandes dimensions. Elle ne franchit pas la ligne médiane du dorsum lingual, elle n'atteint pas le plancher buccal, votre doigtier revient taché de quelques traces sanglantes. Vous palpez le cou et y retrouvez 2 tuméfactions roulant sous les doigts, situées en dedans du bord antérieur du muscle sterno-cleido-mastoïdien gauche. L'une mesure 20 mm, l'autre 30 mm.

1. Vous évoquez d'emblée le diagnostic de carcinome lingual. Quels sont les éléments de l'énoncé qui sont en faveur de votre hypothèse diagnostique ?

2. Le reste de l'examen endo-buccal et pharyngé retrouve une muqueuse saine, mais un état dentaire défavorable associant une parodontopathie très avancée du bloc incisivo-canin inférieur, de la 46 traitée par amalgame et de la 36 dont il ne reste qu'une cuspide saillante. Au niveau maxillaire, il existe une édentation molai-bilatérale, mais les dents restantes sont saines, non mobiles, et la gencive est de bonne qualité sans parodontolyse. Vous souhaitez, en plus de la biopsie de la lésion et de la pharyngolaryngoscopie programmée, compléter votre examen clinique par une imagerie. Écrivez vos prescriptions telles que vous les formulerez sur une ordonnance.

3. Votre patient pèse 54 kg alors que son poids était de 60 kg deux mois auparavant. Il explique cet amaigrissement par une difficulté d'alimentation due à la douleur permanente de sa langue et ce malgré une prise quotidienne de 4 sachets de 500 mg d'aspirine depuis 15 jours. Quel traitement antalgique de première intention prescrivez-vous ? Rédigez votre ordonnance.

En cas d'échec, indiquez votre stratégie thérapeutique.

4. La biopsie a confirmé le diagnostic de carcinome épidermoïde et une association chirurgie-radiothérapie externe est programmée. Quel risque y-a-t-il à faire une radiothérapie cervicofaciale sur ce terrain dentaire ?

Comment prévenez-vous ce risque ?

5. Le traitement a permis une rémission complète. Vous êtes chargés de la surveillance post-thérapeutique de votre patient. A quel rythme la faites-vous ? Sur quels critères cliniques et/ou paracliniques ?

97-Sud-Dossier N°10

1. Vous évoquez d'emblée le diagnostic de carcinome lingual. Quels sont les éléments de l'énoncé qui sont en faveur de votre hypothèse diagnostique? (20)

- Facteurs épidémiologiques : âge supérieur à 50 ans, sexe masculin, intoxication alcool-tabagique chronique, mauvais état bucco-dentaire, facteur irritatif chronique.....10
- Caractères de la lésion linguale : apparition subaiguë, lésion ulcérée, induration, bords irréguliers, reposant sur une large base indurée, lésion précancéreuse sous-jacente à type de mycose chronique5
- Adénopathies cervicales homolatérales volumineuses suspectes.....5

2 Le reste de l'examen endo-buccal et pharyngé retrouve une muqueuse saine, mais un état dentaire défavorable associant une parodontopathie très avancée du bloc incisivo-canin inférieur, de la 46 traitée par amalgame et de la 36 dont il ne reste qu'une cuspide saillante. Au niveau maxillaire, il existe une édentation molaire bilatérale, mais les dents restantes sont saines, non mobiles, et la gencive est de bonne qualité sans parodontolyse. Vous souhaitez, en plus de la biopsie de la lésion et de la pharyngolaryngoscopie programmée, compléter votre examen clinique par une imagerie. Écrivez vos prescriptions telles que vous les fonnuleriez sur une ordonnance. (20)

- IRM de la face et du cou, avec et sans injection de gadolinium, avec coupes sagittales, axiales et coronales: extension endo-buccale, atteinte osseuse, recherche d'adénopathies cervicales5
- Panoramique dentaire: recherche d'une extension maxillaire de la tumeur (lyse osseuse), de foyers infectieux dentaires.....5
- Radiographie thoracique face et profil: métastases pulmonaires, opacité pulmonaire évocatrice de carcinome bronchique primitif, signes de bronchopathie chronique obstructive, signes de pneumoconiose (silicose)5
- Échographie abdominale: signes d'hépatopathie chronique (ascite, splénomégalie), recherche de métastases hépatiques.....5

3. Votre patient pèse 54 kg alors que son poids était de 60 kg deux mois auparavant. 11 explique cet amaigrissement par une difficulté d'alimentation due à la douleur permanente de sa langue et ce malgré une prise quotidienne de 4 sachets de 500 mg d'aspirine depuis 15 jours. Quel traitement antalgique de première intention prescrivez-vous ? Rédigez votre ordonnance. En cas d'échec, indiquez votre stratégie thérapeutique. (20)

- Antalgique de niveau II des paliers OMS, car échec des antalgiques simples :5
- Efferalgan codéiné par voie orale, 1 comprimé 3 fois par jour, avec reconduite de la prescription de l'aspirine même posologie en tant que co-analgésique.....2
- Si échec, utilisation des antalgiques de niveau III, en s'étant assuré de la bonne observance du traitement et de la prescription des antalgiques de niveau II à posologie maximale efficace :5
- Sulfate de morphine par voie orale, en débutant à faible posologie, Moscantin° 20 mg toutes les 12 heures, posologie adaptée à l'efficacité antalgique évaluée quotidiennement, grâce à l'échelle visuelle analogique de douleur; co-prescription d'accélérateur du transit, Lactulose Duphalac® 3 sachets par jour 2
- *Traitement de la surinfection candidosique de cette ulcération linguale, en tant que facteur d'aggravation de la douleur:5
- bains de bouche 3 fois par jour, par solution de fungizone (suspension orale à mélanger avec antiseptique buccal Hextril° et bicarbonate 14/1000.....1

4. La biopsie a confirmé le diagnostic de carcinome épidermoïde et une association chirurgie-radiothérapie externe est programmée. Quel risque y-a-t-il à faire une radiothérapie cervicofaciale sur ce terrain dentaire ?

Comment prévenez-vous ce risque ? (20)

- Les risques sont
 - nécroses muqueuses (ulcération buccale).....2
 - mucite2
 - sécheresse salivaire par sclérose des glandes salivaires accessoires exposant aux mycoses buccales, caries, infections endo-buccales, parodontopathie2
 - œdèmes cervico-faciaux et œdème laryngé2
 - ostéoradionécrose mandibulaire2
 - radiodermite.....2
- La prévention passe par
 - abandon et définitif de l'intoxication éthylo-tabagique.....1
 - avulsion des chicots et dents cariées, traitement des foyers infectieux dentaires guidé par le panoramique dentaire (extractions dentaires réalisées sous couverture antibiotique antianaérobie)1
 - détartrage minutieux des dents laissées en place1
 - application quotidienne de fluor grâce à la confection de gouttière fluorées individuelles réalisées d'après empreintes (gel topique fluoré Fluogel®) poursuivie indéfiniment.....1
 - hygiène buccodentaire parfaite1
 - soins locaux par bains de bouche associant Fungizone® antifongique, Eludril® antiseptique buccal et bicarbonate 14/1000.....1
 - un appareillage dentaire pourra être réalisé que 6 mois après la fin de la radiothérapie en raison de l'œdème post-radique.....1
 - vérification régulière 4 fois par an de la denture et du parodonte1

5. Le traitement a permis une rémission complète. Vous êtes chargés de la surveillance post-thérapeutique de votre patient. A quel rythme la faites-vous ? Sur quels critères cliniques et/ou para-cliniques ? (20)

- Surveillance mensuelle la première année (consultation en alternance avec le chirurgien ORL et le radiothérapeute), puis tous les 2 mois la seconde année, tous les 3 mois la 3^e année, tous les 4 mois la 4^e année, tous les 6 mois la 5^e année puis annuelle8
- Surveillance
 - clinique: poids, symptomatologie endobuccale (gêne, déglutition, dysphagie) et générale, examen endobuccal (site tumoral, palper endo-buccal, examen de tout l'oro-pharynx) recherche d'une seconde localisation soit oropharyngée soit hypopharyngée et laryngée (dysphonie, dysphagie, otalgie, laryngoscopie indirecte), palpation des adénopathies cervicales (schéma daté signé)2
 - observance de l'arrêt de l'intoxication éthylo-tabagique2
 - recherche de complications liées au traitement.....2
 - padendoscopie systématique des voies aéro-digestives supérieures au tube rigide à 1 an..... 2
 - radiographie de thorax face et profil tous les 6 mois2
 - échographie hépatique si point d'appel2

SOMMAIRE

Dossier n°1 : Une limitation de l'ouverture buccale.....	7
Dossier n°2 : Une tuméfaction sous-mandibulaire	11
Dossier n°3 : Foyers infectieux dentaires	15
Dossier n°4 : Traumatologie du massif facial	19
Dossier n°5 : Un traumatisme de la mandibule	23
Dossier n°6 : Un important traumatisme facial.....	27
Dossier n°7 : Une « gueule cassée ».....	29
Dossier n°8 : Une tuméfaction pré-auriculaire chez une femme de 50 ans	33
Dossier n°9 : Hyperthermie et odynophagie à 14 ans	37
Dossier n°10 : Otagie de l'enfant	41
Dossier n°11 : Une tuméfaction jugale aiguë fébrile.....	45
Dossier n°12 : Une tuméfaction palpébrale supérieure	49
Dossier n°13 : Une otalgie de l'adulte	53
Dossier n°14 : Une dysphonie chronique	57
Dossier n°15 : Une lésion bourgeonnante de l'hypopharynx.....	61
Dossier n°16 : Cancer du plancher buccal	65
Dossier n°17 : Une jeune femme sourde.....	69
Dossier n°18 : Conduite à tenir devant une épistaxis.....	73
Dossier n°19 : Une angine de l'enfant	77
Dossier n°20 : Des douleurs « d'oreille »	79
Dossier n°21 : Des otites à répétition chez un homme de 25 ans	81
Dossier n°22 : Otorrhée chronique malodorante avec hypoacousie.....	83
Dossier N°23 : Un homme de 55 ans consulte pour épistaxis	87
Dossier N°24 : Des épistaxis récidivantes chez un enfant de 13 ans.....	91
Dossier N°25 : Un coup de poing violent sur la mâchoire.....	93
Dossier N°26 : Une recherche de foyer infectieux.....	97
Dossier N°27 : Une tuméfaction parotidienne bilatérale	99
Dossier N°28 : Un morceau de viande avalé de travers	103
Dossier N°29 : Une lésion linguale	107
Dossier N°30 : Un coup de sabot de cheval dans la figure.....	109
Dossier N°31 : Une limitation de l'ouverture buccale.....	113
Dossier N°32 : Un jeune homme consulte après une agression	115
Dossier N°33 : Vertiges et hypoacousie.....	119
Dossier N°34 : La mâchoire bloquée.....	123
Dossier N°35 : Une fièvre chez un enfant de 2 ans	125
Dossier N°36 : Diplopie verticale post traumatique	129
Dossier N°37 : Une paralysie faciale	133
Dossier N°38 : Un homme consulte pour une lésion endobuccale	137
Dossier N°39 : L'origine d'une fièvre aiguë de l'adulte	139
Dossier N°40 : Un accident de moto.....	143
Dossiers des annales 1991-1997	145